

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
NO PRÉ E INTRA-HOSPITALAR**

Ingrid Yoleida Dias Abreu

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2017**

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADAS NA ABORDAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
NO PRÉ E INTRA-HOSPITALAR**

Ingrid Yoleida Dias Abreu

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

**Coorientadora: Prof.^a Mestre Noélia Cristina Rodrigues Pimenta
Gomes**

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal,
2017**

Fazer um bom trabalho é uma coisa; ser-se bom é outra coisa completamente diferente. Não estou com isto a dizer-lhe para não fazer um bom trabalho. Estou a dizer-lhe: deixe que o bom trabalho tenha origem no facto de você ser bom.

Osho, 2005, p. 150

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os intervenientes que direta ou indiretamente influenciaram e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me assumir o mestrado com especialização em enfermagem médico-cirúrgica de forma tão orgulhosa e digna.

Fico grata, por ter-me cruzado com profissionais extremamente competentes que humildemente partilharam comigo os seus conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e humanos, demonstrando o quanto a enfermagem e nós enfermeiros especialistas podemos e devemos fazer a diferença, através de um cuidado especializado, holístico e de qualidade.

De igual forma, agradeço aos que me instigaram para um desenvolvimento profissional baseado na evidência, durante este longo percurso, orientando-me com todo o profissionalismo que reconheço nos próprios.

Por último e não menos importante, agradeço o apoio incondicional de todos durante esta árdua caminhada, especialmente nos momentos em que o desânimo imperou. As palavras de ânimo e os gestos de carinho transmitidos, foram um bálsamo deveras inesquecível.

Bem hajam!

RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no referente ano letivo 2015-2017 e a sua apresentação e discussão pública visa a conclusão do 2º ciclo do ensino superior conducente ao grau de mestre.

Com o tema, Competências de Enfermagem Especializadas na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica no Pré e Intra Hospitalar, este trabalho descreve todo o percurso realizado, que vai desde a prática clínica em contexto de serviço de urgência e cuidados intensivos, até a prática de opção no pré-hospitalar e incide nas competências comuns e nas específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Considerando que o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, o objetivo norteador é evidenciar a mestria em enfermagem médico-cirúrgica, através da descrição, análise e reflexão das intervenções desempenhadas e competências desenvolvidas durante as práticas clínicas, realizando a confrontação do conhecimento científico com as situações práticas experienciadas.

Estas práticas foram desenvolvidas no Serviço de Urgência e no Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente do SESARAM, E.P.E e no SEMER que integra a EMIR, do Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM. O primeiro e último no Estágio I e o segundo no Estágio II respetivamente. Por sua vez o Estágio III – Opção decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica na Delegação Sul, em Lisboa, de modo a desenvolver competências no âmbito pré-hospitalar, uma vez que a pessoa em situação crítica muitas vezes desenvolve o seu processo de doença em ambiente extra-hospitalar.

De forma conclusiva, desenvolvi as competências comuns do enfermeiro especialista e as seguintes competências específicas especializadas: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”; “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”; “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares” e “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares”.

Descritores: Enfermagem médico-cirúrgica, Competências especializadas, Crítica

ABSTRACT

In the curricular unit, Internship Report, on 1st Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, São José de Cluny Higher Nursing School, referring to the 2015-2017 academic year, emerge this report with its presentation and public discussion aims at the completion of the 2nd cycle of higher education leading to the master's degree.

It describes all the accomplished path, ranging all clinical practice, from emergency and intensive care, to the prehospital optional practice. Focused on the common and specific nursing competences of a medical-surgical specialized nurse, within the its competences approaching critical care patient in pre and intra Hospital environment.

The purpose is to point master level in medical-surgical nursing, through description, analysis and reflection of the performed and developed competences during all clinical practice. This aimed to parallel the scientific knowledge with experienced practical situations, considering that nursing knowledge is obtained from a constructive process, based on implicit and reflected practice.

These practices were developed in the first internship - Emergency Room - and second - Polyvalent Intensive Care Unit - of SESARAM, E.P.E. The third and optional internship, was held at Instituto Nacional de Emergência Médica na Delegação Sul, Lisbon, in order to develop pre-hospital competences, considering critical care patient often triggers their illness process in pre-hospital environment.

"Summarising, these clinicals practices, cemented elemental nursing skills and allowed the development of a new range of specialized competencies, such as "Care of patient experiencing complex illness processes in critical situation and/or organ failure", "Invigorate the response to catastrophe situations or multi-victim emergency, from design to action"; "Maximize the intervention in the prevention and infection control towards the person in critical situation and/or organic failure"; "Care of people with chronic, incapacitating and terminal illness, their caregivers and relatives" and "Establishes a therapeutic relationship with people with chronic disabling and terminal illness with their caregivers and relatives".

Descriptors: Medical-surgical nursing, Specialized competences, Critical

SIGLAS

ABCDE - Via aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição com controle da temperatura.

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AEM – Ambulância de Emergência Médica

AHA - American Heart Association

BPS - Behavioral Pain Scale

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CHAMU – Circunstâncias da ocorrência, História de doenças, Alergias, Medicação Habitual, Última Refeição

CIIV – Centro de Informação Antivenenos

CODU – Centro de Orientação Doentes Urgentes

CPAP – Ventilação por Pressão Positiva Contínua

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

DREM – Direção Regional de Estatística da Madeira

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EMIR – Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida

EOT - Entubação Orotraqueal

ESC – European Society of Cardiology

ESC – European Society of Cardiology

EV – Endovenosa

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GCS - Glasgow Coma Scale

HNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

HTA – Hipertensão Arterial

ICN - Internacional Council of Nurses.

ILCOR - International Liaison Committee On Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRMI - Medical Response to Major Incidents

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM - Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PNDAE – Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa

PPC – Pressão Perfusão Cerebral

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSP – Polícia de Segurança Pública

PVC – Pressão Perfusão Cerebral

RAM – Região Autónoma da Madeira

RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

RCR – Ressuscitação Cardiorrespiratória

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM, E.P.E. – Serviço de Saúde da RAM

SIOSP – RAM - Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro da RAM

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI/UCIP – Serviço de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

SO – Sala de Observações

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TAC CE – Tomografia Axial Computarizada Crânio Encefálica

TAM – Tensão Arterial Média

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

TISS28 - Therapeutic Intervention Scoring System 28

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VM – Ventilação Mecânica

VMER – Viaturas de Emergência Médica e Reanimação

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I - PELO TRILHO DAS COMPETÊNCIAS.....	19
CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	29
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	31
2.2 Domínio da Melhoria da Qualidade	38
2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	45
2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	50
CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ESPECÍFICAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA.....	57
3.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	61
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	82
CONCLUSÃO.....	89
BIBLIOGRAFIA	91

INTRODUÇÃO

Perante uma sociedade cada vez mais plural e diversificada com mudanças económicas, sociais e culturais, um crescente desenvolvimento técnico-científico e uma complexidade crescente dos serviços de saúde, torna-se cada vez mais imperativo a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Considerando que o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, a realização deste relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no ano letivo 2015-2017 e a sua apresentação e discussão pública visa a conclusão do 2º ciclo do ensino superior conducente ao grau de mestre.

Através de um olhar sensível à praxis e sabendo que a formação contínua é um requisito fundamental para o exercício da profissão, a formação avançada em enfermagem médico-cirúrgica, revela-se indubitavelmente como a oportunidade de desenvolver competências específicas nesta área.

Às constantes transformações sociais e à crescente complexidade dos serviços de saúde, acresce a necessidade de cuidados de saúde de elevada qualidade. A prestação de cuidados de enfermagem de excelência acarreta para o enfermeiro uma maior responsabilidade e exigência profissional.

O tema deste relatório é Competências de Enfermagem Especializadas na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica no Pré e Intra Hospitalar, incidindo nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Estas foram desenvolvidas nos estágios decorridos no Serviço de Urgência do SESARAM, E.P.E. e no SEMER que integra a EMIR, do Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM - Estágio I, no Serviço de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do SESARAM, E.P.E. - Estágio II e no Instituto Nacional de Emergência Médica, na Delegação Sul, em Lisboa – Estágio III Opção.

Os estágios foram realizados pela ordem descrita no parágrafo anterior, de acordo com o plano de estudos do curso. O estágio III, denominado Opção, recaiu pela área da emergência pré-hospitalar uma vez que a pessoa em situação crítica muitas vezes desenvolve o seu processo de doença em ambiente extra-hospitalar, tornando por isso os cuidados de enfermagem especializados, fulcrais e indispensáveis para a sua abordagem. O local

selecionado foi o INEM, por constituir uma instituição de referência nacional ao nível da assistência ao doente crítico no pré-hospitalar.

Com a elaboração deste trabalho pretendo evidenciar a mestria em enfermagem médico-cirúrgica, através da descrição, análise e reflexão das intervenções desempenhadas e competências desenvolvidas, realizando a confrontação do conhecimento científico com as situações práticas experienciadas

O presente relatório pretende constituir um instrumento de avaliação, através do qual se demonstra a concretização dos objetivos específicos: adquirir conhecimentos e competências na área da especialização, descrever e refletir sobre o percurso de evolução da aprendizagem nos estágios e concluir o 2º ciclo do ensino superior conducente ao grau de mestre na área da enfermagem médico-cirúrgica.

Este trabalho foi realizado utilizando a metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva do percurso desenvolvido tendo em linha de conta os planos de atividades formulados, portfólio, estudo de caso, projeto de autoformação e respetivo relatório, realizados em cada campo de estágio.

A sua estrutura é ostentada em três capítulos. O primeiro, apresenta o enquadramento conceptual sobre competência, competência no âmbito da enfermagem, competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem-médico-cirúrgica e por último uma breve apresentação das instituições de saúde, onde decorreram os estágios.

O segundo aborda, de forma fundamentada e refletida, as atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas, no decorrer dos estágios, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

Por último, o terceiro capítulo, expõe igualmente de forma fundamentada e refletida as atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas, no decorrer dos estágios, para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

CAPÍTULO I - PELO TRILHO DAS COMPETÊNCIAS

Competência deriva do latim *Competentia* e de entre os seus significativos está a qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; aptidão, capacidade que uma pessoa tem para avaliar; idoneidade (Dicionários Editora, 2007).

Para Correia (2012), competência é um conceito polissémico com diversas abordagens que confrontam relações em diferentes perspectivas e dimensões. A mesma, tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, de saber o que fazer e quando, ou por outras palavras, saber ser, saber fazer e saber estar. Pode ser então traduzida como “um conjunto de comportamentos relacionados, mas diferenciados, organizados em torno de um construto subjacente, o intento” (Boyatzis citado por Correia, 2012, p. 15).

O conceito tem sofrido diversas transformações ao longo das décadas, graças à diversidade de abordagens das diferentes áreas disciplinares. Oliveira (2015) resumiu os aspetos consensuais das diversas conceções e segundo ele, as competências manifestam-se em ações ou comportamentos, consistem na integração de saberes e recursos, são observáveis e avaliáveis, contextualizadas e contingentes, relacionam o resultado da ação com o êxito, estão associadas a um desempenho de elevado nível e são dinâmicas e mutáveis.

Em termos de competência profissional, Fleury e Fleury (2001) definem-na como um “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (p. 6).

Le Boterf (2006) reconhecido internacionalmente nesta área, explica que à competência estão inerentes três dimensões: os recursos disponíveis, a ação e os resultados que produz e a reflexividade/distanciamento.

Segundo o especialista, os recursos disponíveis tanto são pessoais e intrínsecos à pessoa como externos e provenientes do seu meio envolvente. A dimensão das ações e dos resultados corresponde “às práticas profissionais a que se recorre em relação às exigências de uma situação profissional e aos imperativos de desempenho” (p. 61), entendendo-se por prática profissional, os atos que a pessoa executa para resolver uma situação ou problema. A dimensão da reflexividade/distanciamento marca-se pela separação entre a pessoa, os seus recursos e as suas práticas profissionais para compreender a situação sobre a qual intervém e a forma como o faz, concretizando a análise das práticas e desenvolvendo a capacidade de “conduzir, ele próprio, as suas aprendizagens e de as transferir” (p. 63).

Por seu lado, Machado e Alves (2016) remetem-nos para o facto de a competência ser colocada em prática quando se aciona um conjunto de saberes, nomeadamente o saber-

saber, o saber-ser e o saber-estar. Os autores defendem, que mobilizar estes saberes nas ações requer a contextualização e representação da situação vivenciada.

Na área da enfermagem têm surgido diversos conceitos associados a competência. Para Phaneuf (2005), competência é “um conjunto integrado de conhecimentos, de adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite fazer apelo às suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos socio-afectivos adequados” (p.2).

Mais recentemente, Lakanmaa (2012) menciona que o conceito de competência é holístico e multidimensional e associa o conhecimento e/ou habilidades, as ações, os padrões ou modelos profissionais e a regulação interna ou autoavaliação ao mesmo.

Na mesma linha de ideias, em 2015 Oliveira defende que

o exercício de enfermagem requer combinações complexas de conhecimento, desempenho, habilidades e atitudes, o que implica a necessidade de uma definição holística de competência, facilitadora da aceitação do conceito e promotora do desenvolvimento de padrões de competência e de instrumentos necessários para a sua avaliação” (p. 213).

Na ótica da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2003) competência é um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a “capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade” (p. 246).

A OE, procura promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo, regulamentando e controlando o exercício da profissão. De acordo com as suas atribuições e através do Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define especialista

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p. 8648).

Para além das competências especializadas relativas ao seu campo de intervenção, o enfermeiro seja qual for a sua área de especialidade e de acordo com o regulamento anteriormente descrito, partilha de um grupo de domínios, consideradas competências comuns “...demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 8649). A sua esfera de ação compreende quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria

continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica da OE, no âmbito das suas competências estatutárias, define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que em conjunto com o perfil das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa integram as competências clínicas especializadas necessárias à prática especializada em enfermagem médico-cirúrgica.

De acordo com o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, ao enfermeiro especialista nesta área compete: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. É de salientar que para cada competência existem unidades de competências e critérios de avaliação.

Segundo o mesmo regulamento, a pessoa em situação crítica é “...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656).

Cuidar da pessoa em situação crítica, exige cuidados de enfermagem

altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p. 8656).

Lakanmaa (2012), caracteriza a competência de enfermagem nos cuidados à pessoa em situação crítica, pela competência clínica e competência profissional demonstradas através de conhecimentos específicos, habilidades, atitudes/valores e experiência profissional e pessoal.

Nesta linha de ideias, Camelo (2012) destaca que o enfermeiro ao cuidar da pessoa em situação crítica necessita, além de qualificação adequada, mobilizar competências profissionais específicas que lhe permitam desenvolver as suas funções eficazmente, aliando

conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e consequentemente, qualidade aos cuidados prestados. No seu estudo, identificou sete competências profissionais específicas: gestão dos cuidados de enfermagem, implementação de cuidados de enfermagem de maior complexidade, tomada de decisão, liderança em enfermagem, comunicação, educação contínua, gestão de recursos humanos e materiais.

Noutra perspetiva, Oliveira (2015) no seu estudo *“Tradução e validação da Nurse Competence Scale para a população portuguesa – um estudo em hospitais portugueses”*, apurou que os enfermeiros portugueses avaliam a sua competência em níveis elevados de competência profissional e que os que possuem formação especializada evidenciam níveis mais elevados comparativamente com os enfermeiros de cuidados gerais.

Acresce mencionar que a OE, através do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, objetivando a prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados, definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica através do Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, que configura uma melhoria dos cuidados especializados prestados aos cidadãos bem como pressupõe uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas nesta área de especialização.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, também com competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, pelo Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril, compete cuidar “de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e estabelecer “relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (p. 9967).

No sentido da aquisição/desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, optei por realizar os estágios em serviços de referência, quer no âmbito regional como nacional.

O estágio em enfermagem é um meio privilegiado na formação, pois permite desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem e a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais sendo estes

alicerçados em bases teóricas que suportarão o seu processo de desenvolvimento (Silva & Silva, 2004).

O estágio pela sua complexidade e diversidade de experiências e pela mobilização de competências múltiplas que exige, permite a construção de bases para uma aprendizagem crítico-reflexiva, contribuindo para a aquisição de competências cognitivas, relacionais e emocionais.

Segundo Caetano e Falkembach (2005) citando Duarte, o indivíduo aprende através de um processo ativo, progressivo e autodirigido e constrói o conhecimento através das experiências em situações reais, pelo que um ambiente de aprendizagem se torna num espaço onde pode acontecer a transformação do conhecimento construído pelo ser humano e o cenário onde existem condições de aprendizagem e se desenvolvam capacidades, competências, habilidades e valores.

Terminando esta abordagem, apresento uma breve caracterização dos serviços onde foram realizados os estágios.

Os estágios I – Urgência e II – Cuidados Intensivos, realizaram-se no Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. e no Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM.

Dado o isolamento geográfico em relação ao restante território nacional da Região Autónoma da Madeira, as entidades anteriormente referidas, dão resposta a uma população estimada de 256 424 mil habitantes (DREM, 2016).

O estágio I – Urgência, foi realizado no Serviço de Urgência (SU), do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) do SESARAM, E.P.E. e no SEMER (Serviço de Emergência Médica Regional) que integra a EMIR (Equipa Medicalizada de Intervenção Rápida), do Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM.

O SU do HNM é um serviço hospitalar polivalente, que oferece um nível de atuação diferenciado, às situações de urgência/emergência. De acordo com o Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística do SESARAM, E.P.E., o SU, no ano de 2015 teve uma produção de cuidados hospitalares de 85.228 (SESARAM, E.P.E., 2015a).

Sendo único na região, é para este que são transferidos todos os utentes em situação crítica que necessitam de cuidados altamente qualificados.

O mesmo possui as seguintes especialidades clínicas com presença física: anestesiologia, cardiologia, cirurgia, cirurgia cardiorácica, gastroenterologia, medicina, medicina intensiva, medicina transfusional, nefrologia, ortopedia, patologia clínica,

radiologia, unidade neutropénia hemato-oncologia. As restantes especialidades ficam de prevenção dando apoio sempre que solicitadas.

Do serviço fazem parte a sala de emergência com capacidade para atender duas vítimas em simultâneo, sala de observação (SO) com capacidade para oito doentes, cuidados especiais com capacidade para dois doentes e um isolamento. São sobretudo nestas valências onde são prestados cuidados aos doentes críticos.

O sistema de triagem implementado é o Sistema de Triagem de Manchester, que permite priorizar os doentes críticos. As vias verdes implementadas são quatro: AVC, Coronária, Sepsis e Trauma.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, de reabilitação, de saúde mental e psiquiátrica e comunitária.

Ao Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM pertence o SEMER que integra a EMIR. Esta, é constituída por uma equipa de um médico e um enfermeiro por turno, em viatura medicalizada, para intervenção, com carácter permanente, em toda a Região, incluindo o socorro em meio marítimo ou aéreo de acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M. Os enfermeiros que integram a EMIR são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica ou possuem titularidade de competências em emergência, certificadas por entidades reconhecidas. Têm também experiência profissional em serviços de urgência ou emergência.

O estágio II – Cuidados Intensivos, foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI/UCIP) do HNM. Sendo uma UCI polivalente de nível III e única na RAM, é para este serviço que são transferidos os doentes em estado crítico, provenientes de todo o território do arquipélago da Madeira. Segundo dados do Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística do SESARAM, E.P.E., o SMI/UCIP teve um número total de doentes tratados de 1411 no ano 2015 (SESARAM, E.P.E., 2015b)

Tem uma lotação de 11 camas, oito, que inclui um isolamento no andar técnico (UCIP 1) e três no primeiro andar (UCIP 2) (SESARAM, s.d.a). As situações clínicas prevalentes do serviço são: sepsis e choque séptico, choque circulatório de diferentes etiologias, paragem cardiorrespiratória, insuficiência respiratória aguda e crónica agudizada, politraumatismo, queimados, traumatismo craneoencefálico e vertebro medular, doença cérebro vascular hemorrágica e isquémica, estados pós operatórios, insuficiência renal aguda e crónica agudizada, insuficiência hepática aguda e crónica agudizada, disfunção metabólica e neuro-endócrina e intoxicações (SESARAM, s.d.b).

O SMI/UCIP garante ainda a manutenção e referência de doadores multiorgânicos da RAM. Assegura também os cuidados urgentes e emergentes, a todos os adultos internados no HNM e aos que circulam no perímetro hospitalar, através da equipa de emergência interna, constituída por um médico e um enfermeiro (SESARAM, s.d.b).

A equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e quatro enfermeiros/as dos quais dezasseis são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, cinco especialistas em enfermagem de reabilitação, um em enfermagem de saúde mental e um em enfermagem de saúde comunitária (SESARAM, s.d.a).

De salientar que este serviço obteve recentemente a acreditação de nível bom, pela Direção Geral da Saúde/Departamento da Qualidade na Saúde, com base no Modelo de Acreditação ACSA Internacional, por um período de cinco anos (DGS, 2017).

O estágio III – Opção foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica, Delegação Sul, em Lisboa.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), é o organismo do Ministério da Saúde (MS) ao qual compete assegurar o funcionamento, no território de Portugal Continental, conforme disposto na Lei Orgânica do INEM, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro.

Para cumprir com o descrito anteriormente, o INEM disponibiliza de uma variedade de serviços que inclui: atendimento de chamadas de emergência médica através CODU e do CODU-Mar, consulta telefónica na área da toxicologia através do CIAV, apoio psicológico em emergência através do CAPIC; planeamento, coordenação e prestação de assistência médica, licenciamento da atividade de transporte de doentes, formação de emergência médica, acreditação de entidades para formação em emergência médica (INEM, 2016a).

A assistência pré-hospitalar é realizada através de diversos meios entre os quais as ambulâncias de emergência médica (AEM), as ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV), as viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), os helicópteros de emergência médica, as unidades móveis de intervenção psicológica de emergência (UMIPE), as motas de emergência médica e o transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP) (INEM, 2016a).

De acordo com o relatório de atividades e contas do INEM do ano 2015, foram atendidas diariamente, 3570 chamadas pelos centros CODU e acionados 3278 meios de emergência médica (INEM, 2016b).

Em termos de Vias Verdes, a deteção e intervenção no pré-hospitalar pelo INEM, torna-se fundamental. No ano de 2015, houve um registo de 3115 ocorrências da via verde

do AVC e 850 ocorrências da via verde coronária. Relativamente às vias verdes do trauma e da sépsis, o INEM está a proceder às adaptações informáticas para fazer o registo das suas ocorrências. Este instituto, também tem um papel preponderante em termos de formação em emergência médica, tendo ministrado um total de 266 formações no ano de 2015 (INEM, 2016b).

A polivalência destes contextos profissionais, permitiu uma panóplia de experiências que aliada às diversas metodologias teórico-reflexivas, foram imprescindíveis para a aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, descritas nos capítulos seguintes.

**CAPÍTULO II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS
CONTEXTOS DA PRÁTICA**

Independentemente da área de intervenção específica das diversas especialidades, os enfermeiros especialistas, partilham de competências comuns nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, sendo aplicáveis em qualquer contexto de intervenção, quer seja primário, secundário ou terciário, tal como descrito no Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro.

Ciente de que a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, deve ter na sua essência estes quatro domínios, neste primeiro capítulo, apresento de forma fundamentada, as atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas, no decorrer dos estágios, para o desenvolvimento de competências comuns em cada um dos domínios.

2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O ato de cuidar, à luz da enfermagem, envolve aspetos científicos e aspetos de interação e desenvolvimento humano. Frequentemente os enfermeiros tomam decisões que têm impacto sobre o bem-estar dos doentes/família e podem gerar inquietações nos profissionais, causando conflitos morais designados por problemas ou dilemas éticos.

Ética é o ramo da filosofia dedicado aos assuntos morais. A palavra ética deriva do grego *ethiké* e é a ciência da moral que procura determinar a finalidade da vida humana e os meios de a alcançar, preconizando juízos de valor que permitem distinguir entre o bem e o mal. São os princípios morais por que um indivíduo rege a sua conduta pessoal ou profissional; código deontológico (Dicionários Editora, 2007).

É um conceito de carácter normativo, que contribui para a reflexão sobre as condutas humanas em todos os âmbitos da vida em sociedade. Associada à ética, estão a moral e a deontologia e em conjunto, são utilizadas para a discussão sobre condutas, deveres e tomadas de decisões, tendo como base a racionalidade, que permite ao indivíduo humano ter grande domínio sobre si, seus instintos, sua sensibilidade e principalmente capacidade decisória para nortear as suas ações.

Na área das profissões, surgiram, os chamados códigos deontológicos que atuam como instrumentos de autorregulação. Existem vários documentos que regulamentam o exercício da enfermagem em Portugal, de entre eles o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Este assenta em princípios éticos, deontológicos e bioéticos e é um instrumento legal e vinculativo para todos os enfermeiros. O enfermeiro assume o dever de defender a pessoa humana e respeitar deveres deontológicos, responsabilizando-se pelos atos nos quais participa individualmente e em

complementaridade com os outros profissionais. A ética aplicada na enfermagem tem uma forte ênfase nas relações humanas. A relação profissional entre o enfermeiro e o doente, é revestida de princípios e valores cuja dignidade de vida humana é o pilar mais sólido e faz derivar outros princípios e valores universais, que consistem na igualdade, na liberdade responsável, na verdade e justiça, no altruísmo e solidariedade, na competência e no aperfeiçoamento profissional também descritos na lei anterior.

O desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa, revelou-se um desafio, primeiro pelas particularidades intrínsecas dos contextos e segundo, pelos processos de transição decorrentes das situações críticas e paliativas, ligados ao sofrimento humano nas suas diversas vertentes.

No SU, fatores como a escassez de recursos físicos, humanos e materiais, a necessidade de cumprimento dos tempos de atendimento de acordo o grau de risco de gravidade do sistema de triagem de Manchester, o caráter de emergência das situações e a rápida intervenção necessária, são traduzidos em momentos de grande conflito de valores legítimos e normas relativos à tomada de decisão dos profissionais de saúde, colocando em risco o cumprimento dos seus deveres éticos e morais e comprometendo a salvaguarda dos direitos dos doentes.

A necessidade de cumprir com os deveres deontológicos no cuidar da pessoa em situação crítica e da pessoa em situação crónica e paliativa em contexto de urgência, instigou o desenvolvimento de um conjunto de habilidades que me permitiram respeitar a autonomia dos doentes e alicerçar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa. O sentido de compromisso ético foi essencial para promover o cuidado humano inserido numa abordagem multidimensional, capaz de atender às diversas dimensões da pessoa, assumindo-a como um todo, mais do que soma das suas partes, compreendendo-a e percebendo as suas reais necessidades, tal como defendem Nunes, Silva e Pires (2011).

Nós enfermeiros, assumimos o papel de defesa dos direitos humanos das pessoas de quem cuidamos, assumindo a responsabilidade de gerir as situações, que de uma ou de outra forma poderão ser comprometedoras a nível ético, moral ou legal para as mesmas.

Pude constatar que a estrutura física do SU, o circuito do doente pelo serviço e a sobrelotação deste em dias onde a afluência é maior, colocam em risco alguns dos direitos do ser humano, uma vez que a interação enfermeiro - doente/família ocorre num ambiente desprovido de privacidade.

A azáfama constante, a partilha de espaços comuns entre diversos doentes e profissionais, a sobrelotação de salas e corredores, os tempos de espera e os olhares curiosos dos presentes tornam o ambiente dessincronizado com o conceito de privacidade/intimidade e confidencialidade.

Numa situação em particular, um jovem admitido por intoxicação medicamentosa, necessitou que lhe fosse efetuada entubação nasogástrica para a administração de carvão ativado. Dada a complexidade da situação e uma vez que o jovem se apresentava extremamente ansioso e renitente à entubação, discuti com o enfermeiro tutor a possibilidade de o procedimento ser realizado na sala de cirurgia para proporcionar um ambiente mais calmo e privado, sem a presença de outros doentes ou profissionais. A minha sugestão foi aceite e passível de ser executada, o que propiciou um ambiente onde consegui comunicar com o jovem, estabelecendo uma relação terapêutica com confidencialidade que permitiu a sua colaboração.

A partir de situações como esta, promovi a reflexão e atitude de mudança, na equipa, procurando momentos chave que permitissem a reflexão conjunta e verifiquei que as preocupações sobre estas questões são comuns a todos, bem como alvo de reflexão entre os mesmos.

Outra situação particular do SU, mais propriamente da sala de emergência, prende-se com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica com alteração do estado de consciência que a incapacita de dar o consentimento informado sobre forma expressa. Nestas situações, de acordo com Fernandes (2010), existe um abandono da exclusividade da autonomia individual, sendo frequente o enfermeiro deparar-se com problemas éticos que resolve adotando uma “conduta ética de proteção da pessoa e da humanidade que ela encerra, obrigando a uma ponderação das diversas dimensões da condição humana e não apenas de uma” (p. 207).

Nos casos em que os doentes chegaram inconscientes à sala de emergência, dada a necessidade de atuação rápida, muitas vezes com limitação de meios para o diagnóstico, o conhecimento escasso do doente e a sua incapacidade para exercer a sua autonomia, a atuação imediata da equipa multidisciplinar pautou-se por fazer cumprir os princípios da beneficência e não maleficência. Nestas circunstâncias, o consentimento presumido permitiu supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico estava a ser praticado tal como descrito na Norma nº 015/2013 da DGS.

Em nenhum dos casos recebidos na sala de emergência, a equipa teve conhecimento que existisse o testamento vital ou diretivas antecipadas de vontade reconhecidas pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Ainda assim, pude verificar que o assunto nem sequer é averiguado, o que me levou a questionar e refletir com a equipa sobre o assunto. Da reflexão surgiram várias conclusões que apontam para o fato dos profissionais além de priorizarem os cuidados assentes nos princípios da beneficência e não maleficência, reconhecem que estão salvaguardados pela lei acima referida, onde está descrito no artigo 6º que

em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas, poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante (p. 3729).

Além disto, os profissionais sugeriram que uma das estratégias para ultrapassar esta questão ética, poderia passar pela sinalização informática, da existência do testamento vital ou diretivas antecipadas de vontade, facilmente visível quando acessem ao processo clínico.

No caso de doentes conscientes, incentivei a sua autonomia na liberdade de tomada de decisão, informando-os adequadamente, verificando se compreendiam as ações terapêuticas e solicitando o seu consentimento para todas as intervenções.

Outro aspeto que suscitou a discussão e reflexão com a equipa, prende-se com o direito dos doentes admitidos no SU, a acompanhamento. O problema da sobrelotação é ainda a principal causa para o incumprimento deste direito legal. À luz do 2º e 5º artigo da Lei n.º 33/2009 de 14 de julho “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço” (p. 4467) e as instituições deveriam até 2010 “...proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respectivos serviços de urgência, de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços” (p. 4467), facto que ainda não se verifica. Na tentativa de minimizar os efeitos deste problema, tanto para o doente como para o serviço, informei e permiti aos familiares/pessoa significativa o acompanhamento, no entanto pedindo a sua compreensão para as limitações do serviço acordando com os mesmos de que forma poderiam colaborar para manter o bom funcionamento do mesmo.

A parceria estabelecida com os familiares para o cumprimento de questões éticas, é essencial e necessária para exercício do enfermeiro especialista em enfermagem médico-

cirúrgica. No SMI/UCIP, o estado clínico dos doentes por vezes impossibilita-os de participar na decisão do que é melhor para si, cabendo à equipa multidisciplinar de saúde decidir o que é melhor para o mesmo, ressaltando a necessidade de cuidados altamente tecnológicos, mas também humanizados.

Para Moyano (2015, 2016), a procura da excelência profissional, conduziu à qualidade técnica pondo em risco outros aspetos como a empatia, a confidencialidade e a relação terapêutica. Do ponto de vista ético, o autor defende o modelo da ética do cuidado de Carol Gilligan, no qual o desenvolvimento da compreensão moral dá-se através de atitudes de relação, habilidades de comunicação e resolução de problemas, considerando a singularidade e particularidades de cada pessoa, valorizando a relação entre o doente e o enfermeiro e potenciando o humanismo.

Contudo, o estabelecimento desta relação, necessária para um cuidar ético, deve incluir a família/pessoa significativa. Em ambiente de cuidados intensivos, este aspeto reveste-se de particularidades a ter em conta, pois como Nascimento e Trentini (2004) e Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) afirmam, o internamento em cuidados intensivos parece ser um acontecimento difícil e significativo na dinâmica familiar.

Nesta esfera de ilação Oliveira, Nóbrega, Silva e Filha (2005) referem que a origem dos desequilíbrios emocionais tem várias etiologias e Mendes (2016) acrescenta que “O quotidiano desvenda, para a família, uma imprevisibilidade assustadora que termina sempre com a possibilidade de finitude, da pessoa agora doente” (p. 2) e é no contacto próximo com os profissionais, muitas vezes os enfermeiros, que encontram a possibilidade de serem informados e esclarecidos.

Considerando o artigo 7º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, o utente tem o direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, as alternativas de tratamento e a evolução provável do seu estado. No entanto, os doentes internados em unidades de cuidados intensivos muitas vezes estão inconscientes e/ou incapazes comprometendo o cumprimento deste artigo. Por outro lado, a Carta dos direitos do doente internado (DGS, s.d.), especificando a lei supracitada, particulariza

Um prognóstico grave deve ser revelado com circunspeção e os familiares devem ser prevenidos, excepto se o doente, previamente, o tiver proibido, manifestando a sua vontade por escrito (...) Os adultos legalmente "incapazes" ou os seus representantes legais devem beneficiar de uma informação apropriada (...) Devem ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis (p. 7).

Tendo em consideração o descrito anteriormente, o objetivo do serviço em melhorar a informação ao utente e seus familiares e o estudo de Mendes (2016) onde refere que o

conteúdo, quantidade, pertinência e modo como é transmitida a informação aos familiares, proporciona sensações distintas nos mesmos, procurei atuar demonstrando responsabilidade ética e habilidades comunicacionais no que respeita à divulgação de informação aos familiares/pessoa significativa. Ao comunicar com os familiares/pessoa significativa, demonstrei disponibilidade para acompanhar, escutar e clarificar. Tive em consideração a informação que já tinham e a que demonstravam necessitar. Guiei-os para a reflexão sobre a situação real dos seus familiares, sem nunca lhes tirar a fé.

Transmiti informação, no âmbito da minha área de competência tendo como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física e emocional, assim como a proteção dos direitos do doente.

Quando a informação solicitada, excedia o meu campo de intervenção, remeti-os para outro profissional da equipa multiprofissional, de acordo com as situações. Com frequência, os familiares/pessoa significativa queriam obter informações específicas sobre os resultados dos exames efetuados. Explicando-lhes que esse tipo de informação não abrange a área de competência da enfermagem, encaminhava-os para o profissional da equipa multidisciplinar adequado e entrava em contato com o mesmo, para informá-lo sobre a necessidade dos familiares/pessoa significativa.

Tive especial atenção ao acolhimento da família/pessoa significativa, uma vez que de acordo com Mendes (2016), estes estão particularmente sensíveis nesse momento e segui as orientações do procedimento de serviço para o acolhimento do utente e família/pessoa significativa, atuando em conformidade com as normas do serviço e instituição. Todavia, verifiquei que o acolhimento dos familiares, é feito no corredor de entrada para a unidade.

Vários têm sido os estudos que investigam os fatores que interferem na humanização dos cuidados nas UCI. Pereira (2012) através de uma revisão sistemática investigou o tema com o propósito de proporcionar, de forma humanizada, acolhimento ao doente e também à sua família na UCI e concluiu que as questões estruturais eram um dos fatores com influência. Mendes (2016) no seu estudo também concluiu que o sítio onde eram transmitidas informações aos familiares, era determinante para a perceção dos mesmos, relativamente aos cuidados. Discuti este aspeto com a equipa de enfermagem e segundo o enfermeiro chefe, esta prática está a ser repensada e o serviço está a preparar um espaço físico para um acolhimento mais humanizado.

As questões humanas e éticas relacionadas com a família/pessoa significativa em ambiente pré-hospitalar, tomam outros contornos, uma vez que a ocorrência de algumas situações se dá na presença de familiares/pessoa significativa e/ou transeuntes. Nestes casos,

a equipa tem que discernir, até onde poderá a presença de um familiar/pessoa significativa, ameaçar os direitos dos doentes, obrigando a encontrar soluções para mantê-los, sem compromisso da sua atuação.

Numa das ocorrências, a equipa foi ativada por dor torácica numa doente, que se encontrava no local de trabalho, acompanhada pelos seus colegas. Após um questionário minucioso para detetar risco de patologia cardiovascular grave (que não se verificou) e mantendo presente a necessidade de obtenção de ECG de 12 derivações com brevidade, em concordância com a doente e a equipa, optei por transferi-la em cadeira de rodas até à ambulância, para então realizar o ECG num ambiente mais privado. Considerando o Código Deontológico profissional, nomeadamente o artigo 83º alínea a): “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (p.1755), o artigo 89º alínea a) “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (p. 1756), o artigo 91º alínea c) “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (p. 1756) considero ter demonstrado princípios éticos perante uma situação da prática especializada, que necessitou de alguns ajustes para o cumprimento deontológico.

Uma outra situação experienciada, que obrigou a estratégias de resolução de problemas para promover o exercício deontológico, prende-se com a realização do inquérito dirigido durante a avaliação primária, a uma doente acompanhada por familiares no seu domicílio. Apercebi-me que a mesma se encontrava renitente e desconfortável para falar sobre os seus antecedentes pessoais. Considerando o artigo 5º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, que diz “O utente (...) é titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada” (p. 2128) e o artigo 81º do Código Deontológico “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida...” (p. 1754) prossegui com a avaliação sem repetir a questão.

Posteriormente, na ambulância, num ambiente mais privado, expliquei sobre o dever ao sigilo profissional ao qual somos obrigados pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, artigo 85º) e à salvaguarda legal pela Lei n.º 67/1998 de 26 de outubro no artigo 7º “(...) dos dados referentes à saúde (...) quando for necessário para efeitos (...) de prestação de cuidados (...)” (p.5538). Após o esclarecimento, a doente, forneceu-nos os seus

antecedentes pessoais, justificando que por ser portadora de HIV, não queria responder na presença da filha menor, que desconhecia o diagnóstico.

Através das experiências decorrentes dos estágios, foi possível adquirir e desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no âmbito da enfermagem médico cirúrgica, promovendo a proteção dos direitos humanos e suportando as decisões em princípios, valores e normas deontológicas, numa diversidade de situações desafiantes da prática. Geri com a equipa processos de tomada de decisão e incuti a reflexão sobre as práticas de cuidados que comprometem a responsabilidade profissional, ética e legal no âmbito profissional da enfermagem.

2.2 Domínio da Melhoria da Qualidade

A qualidade em saúde, nas últimas décadas, vem sendo alvo de investigação e criação de políticas no nosso país. É definida pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (p. 13551).

Por outro lado, na perspetiva moderna, qualidade corresponde ao “grau em que um produto ou serviço corresponde ou excede os requisitos das pessoas a quem se dirige – os clientes” (Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), 2014, p. 103).

Para Donabedian, um dos grandes investigadores nesta área, citado por Machado (2013), a qualidade em saúde define-se como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, através da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade.

Ainda, de acordo com o investigador citado por Machado (2013), existem três dimensões associadas ao conceito:

a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar (p. 26).

Seguindo a sua ordem de ideias, propõe que para a sua monitorização e promoção sejam considerados três aspetos: a estrutura (condições sob as quais os cuidados e serviços são disponibilizados), o processo (atividades que representam os cuidados prestados) e os resultados (mudanças operadas no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados) (Machado, 2013).

Noutra perspetiva, Juran teórico sobre qualidade citado por FCG (2014), defende que a natureza da própria qualidade se unifica através de três conceitos: controlo, melhoria e planeamento da qualidade. O primeiro corresponde ao “nível em que um produto ou serviço específico corresponde a determinada norma”, o segundo aos “processos e métodos de gestão através dos quais o funcionamento de um produto ou serviço melhora ao longo do tempo” e o último aos “métodos através dos quais os novos produtos ou serviços são descobertos ou inventados, e introduzidos de forma segura e eficaz” (p. 102).

Considerando a importância da qualidade para a saúde e todos os conceitos anteriormente descritos, A Fundação Calouste Gulbenkian, em 2014 publicou o documento “Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar”, que sumariamente apresenta os resultados do projeto “*Health in Portugal: a Challenge for the Future*”. Da leitura do documento, verifica-se que um dos fatores-chave, impulsionador para as mudanças da saúde no futuro, é a procura contínua de melhoria da qualidade.

Partindo desta ótica, Portugal, segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) (2015), tem implementado um conjunto abrangente de reformas estruturais para trabalhar em prol da sustentabilidade orçamental, da eficiência e da melhoria da qualidade do sistema de saúde, mas apesar destes avanços, subsistem alguns desafios para melhorar a qualidade dos cuidados no país.

Posto isto, o Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que tem como linhas orientadoras, a segurança dos cuidados de saúde, a acreditação de instituições de saúde e a melhoria da qualidade clínica e organizacional. À sua semelhança, em termos regionais, o Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016, agora com extensão para 2020, tem como um dos seus eixos estratégicos o acesso e qualidade dos cuidados de saúde (Secretaria Regional da Saúde (SRS), 2015).

Na mesma linha de pensamento, a segurança dos cuidados de saúde é também abordada pela Fundação Calouste Gulbenkian (2014) que chama a atenção para as estimativas, de que “um em cada dez doentes sofre danos físicos evitáveis quando é submetido a cuidados de saúde em contexto hospitalar, mesmo em unidades bem financiadas e que dispõem de tecnologia avançada” (p. 103). Consequentemente a estes dados, cada vez mais surgem programas tanto a nível europeu¹, como a nível nacional² e o Plano Nacional

¹ União Europeia (2014). Reforçar a Segurança na Saúde.

União Europeia (2014). Segurança dos Doentes.

² Despacho nº 1400A/2015 de 10 de fevereiro.

para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Despacho n.º 1400A/2015 de 10 de fevereiro, é exemplo disso.

No que respeita à acreditação das instituições de saúde e da melhoria da qualidade clínica e organizacional, através do Despacho n.º 69/2009 de 31 de agosto foi aprovado o Modelo de Acreditação ACSA como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde (DGS, 2016a). Os três serviços onde ocorreram os estágios, encontram-se em processo de acreditação ACSA, e como tal tive necessidade de incorporar as diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, através deste modelo.

Uma vez que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, o Conselho de Enfermagem da OE, promoveu a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, como é o caso dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica descritos no Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho.

Considerando todas as recomendações presentes nestes documentos, procurei desempenhar um papel ativo para a melhoria da qualidade nos serviços onde decorreram os estágios, como demonstro nos parágrafos seguintes.

De acordo com o modelo de acreditação ACSA, a prestação de cuidados deve efetuar-se num tempo adequado às necessidades dos cidadãos e às características das patologias/processos de cuidados (DGS, 2013a). O Ministério da Saúde determinou a obrigatoriedade de todos os serviços de urgência integrados na Rede de Referência Hospitalar, implementarem um sistema de triagem de prioridades, reforçada pelo Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro e pela Norma da DGS n.º 002/2015 de 6 de março que determinaram a implementação do Sistema de Triagem de Manchester em todos os SU.

O Sistema de Triagem de Manchester, acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros, foi o primeiro sistema formalizado de gestão de risco clínico, projetado para assegurar o atendimento equitativo, de acordo com o grau de risco dos doentes, tornando-se ainda mais relevante quando a demanda supera os recursos existentes (Coutinho, Cecílio & Mota, 2012). Sendo os enfermeiros responsáveis pela mesma, as suas funções neste âmbito, tornam-nos responsáveis por garantir a segurança do doente, coordenar o seu encaminhamento e orientar para os recursos necessários (Duro & Lima, 2010).

A classificação de risco, é dependente não só da interação enfermeiro-doente, mas também da capacidade crítica baseada em conhecimento científico do enfermeiro, para a identificação correta da queixa principal, o que vai de encontro com alguns estudos que

defendem a classificação de risco realizada por profissional de enfermagem, preferencialmente com experiência em serviço de urgência e após capacitação específica para a atividade (Souza, Araújo & Chianca, 2015).

Mesmo após a classificação de risco, os enfermeiros, devem prever que possa ocorrer agravamento da situação clínica do doente e estar preparados para classificar e se necessário, reclassificar a prioridade de atendimento a qualquer momento. Acosta, Duro e Lima (2012) defendem que a sua avaliação deve ser cíclica. Foi neste contínuo de reavaliações, que geri a classificação de risco dos doentes, que após serem triados, necessitavam de vigilância e monitorização, para a deteção atempada de complicações ou agravamento do grau de risco.

Considerando que a estruturação física do SU, obriga a que doentes triados desde o nível dois ao cinco, sejam atendidos pelos enfermeiros na sala de tratamentos, torna-se imperativo para o sucesso da triagem, enfermeiros proficientes que entendam a situação real como um todo, reconhecendo os aspetos mais importantes e possuindo um domínio intuitivo, sendo dotados de capacidade de reavaliar e reformular de acordo com a evolução das situações da prestação de cuidados, de acordo com o modelo de aquisição e desenvolvimento de competência de Dreyfus adotado por Benner (Brykczynski, 2004).

Reconhecendo os riscos existentes e os aspetos mais importantes associados a eles, recorrendo aos conhecimentos e domínio intuitivo, reavaliei e reformulei continuamente, promovendo um ambiente terapêutico seguro para os doentes alvo dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a gestão do risco a nível institucional.

Graças a esta gestão do risco contínua, fui capaz de detetar na sala de tratamento, o agravamento de um doente, triado inicialmente como urgente, e encaminhá-lo para a sala de emergência, com inclusão na via verde coronária.

A melhoria da qualidade em saúde, através do sucesso do processo de triagem, pode ser incrementada através da interação entre enfermeiros capacitados, locais e recursos adequados (Souza, Araújo & Chianca, 2015). Dotar o serviço de estruturas físicas onde sejam possíveis, novas formas de organização dos cuidados, de acordo com o grau de risco dos doentes e as competências adquiridas e desenvolvidas pelos enfermeiros, poderá ser uma solução viável a adotar pelo SU para a segurança dos cuidados de saúde, a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados, tal como descrito no Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, Despacho n.º 1400A/2015 de 10 de fevereiro e Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, razões pelas quais sugeri essa reestruturação à equipa.

À semelhança do que foi dito anteriormente sobre a importância da qualidade em saúde, esta é avaliada no SMI/UCIP em várias vertentes, através do projeto do Risco Clínico, as quais passo a descrever de seguida.

Este inclui a monitorização das úlceras por pressão e como tal avaliei o seu risco nos doentes, através da escala de Braden e de acordo com os intervalos estipulados de acordo com o grau de risco. O projeto inclui também a monitorização das quedas, e para tal promovi medidas preventivas, tal como a elevação das grades.

Relativamente ao risco de infeção, o projeto integra os cuidados relacionados com a soroterapia. Neste sentido, colaborei para a seus resultados, executando técnica asséptica, verificando a integridade e validade das soluções, identificando perfusões, trocando o sistema de perfusão, torneiras e prolongamentos de acordo com as orientações, verificando a compatibilidade dos medicamentos para a sua administração, procedendo às especificidades de alguns medicamentos (por exemplo fotossensibilidade), assegurando a lavagem do sistema de acordo com as recomendações.

Outro indicador de qualidade avaliado pelo serviço, é a ocorrência de efeitos adversos, tal como a exteriorização de equipamentos invasivos. Neste sentido pude verificar que todos os doentes, independentemente do grau de sedação, são imobilizados para prevenção deste tipo de ocorrências. Este procedimento fez-me refletir sobre as questões éticas a ele associadas. Ao questionar os enfermeiros, percebi que esta era uma prática decorrente de experiências anteriores e que esta tinha sido a estratégia assumida por todos, para promover a segurança do doente em detrimento dos riscos associados à exteriorização dos equipamentos invasivos.

Relativamente aos registos eletrónicos, mantive os planos de cuidados atualizados e adequados aos doentes que cuidei.

As recomendações da PPCIRA também foram cumpridas, mas explanarei essa questão no capítulo seguinte.

Assim, cumprindo com os projetos afetos à qualidade no SMI/UCIP, desenvolvi competências neste domínio e promovi a qualidade no mesmo.

Em termos do pré-hospitalar, um dos indicadores de qualidade do INEM, é a certificação na área da Formação em Emergência Médica (INEM, 2009). A sua Política Integrada de Qualidade, Ambiente e Segurança do INEM prevê a formação dos seus profissionais (INEM, 2015) e o Modelo de Acreditação ACSA, vem reforçar esta ideia preconizando que se “assegure a implementação e o desenvolvimento de ações

destinadas a garantir uma adequação contínua das competências dos seus profissionais, necessárias para a prestação assistencial de qualidade ao cidadão” (DGS, 2016 b, p.70).

Neste âmbito, a formação a enfermeiros e médicos que trabalham no instituto, distribui-se por cinco módulos com o manual correspondente. Além disto, os enfermeiros a trabalhar em SIV orientam-se por protocolos previamente aprovados pelo Departamento de Emergência Médica do INEM, que determinam, em cada situação, a abordagem e os procedimentos a serem efetuados para a estabilização da pessoa assistida. A par dos protocolos, existem procedimentos, que servem de complemento à atuação dos médicos e enfermeiros no pré-hospitalar. No seu conjunto, os documentos e as formações, servem para a uniformização das práticas de acordo com as guidelines internacionais recomendadas para cada situação.

De acordo com Wetterneck e Pak (2005) a implementação de protocolos na prática clínica pode incrementar a qualidade e eficácia dos cuidados, uma vez que os mesmos incorporam um conjunto de conhecimentos científicos comprovados.

Uma atuação especializada e uniformizada, enriquecida através dos manuais, protocolos e procedimentos, permitiu-me criar um meio de comunicação comum com os restantes profissionais e manter um ambiente terapêutico seguro necessário para a qualidade dos cuidados em ambiente pré-hospitalar.

Pinto (2013) enumera as vantagens da implementação de protocolos: facilitam a tomada de decisão, minimizam a incerteza e reduzem a variabilidade, melhoram a qualidade assistencial no domínio da efetividade, eficiência e satisfação, controlam o uso inadequado de recursos e diminuem o risco da prática.

Dada a minha inexperiência na emergência pré-hospitalar, a existência de protocolos, facilitou a minha tomada de decisão, relativamente às intervenções a pôr em prática, de acordo com os sinais e sintomas dos doentes, diminuindo assim o risco de uma prática clínica inadequada. Atuar de acordo com protocolos permitiu-me ter uma intervenção idêntica aos meus pares, mantendo a efetividade do serviço e a satisfação tanto do doente/família, como pessoal.

O INEM, possui também Certificação ISO 9001, no âmbito do Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE). Com o propósito de conhecer melhor as especificidades do plano, tive a oportunidade de realizar uma entrevista informal ao enfermeiro responsável pela coordenação do PNDAE. Esta, permitiu-me adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre os conceitos e objetivos do programa, as prioridades e critérios da sua implementação, bem como os resultados até agora

alcançados através do mesmo. Com efeito, pude também distinguir as semelhanças e diferenças entre o PNDAE e o Plano Regional de Desfibrilhação Automática Externa (PRDAE).

A experiência internacional tem vindo a demonstrar que a utilização de desfibriladores automáticos externos em ambiente extra-hospitalar aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência das vítimas, sendo a sua utilização considerada como complemento da cadeia de sobrevivência. A partir destes conhecimentos foi criado o Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de Agosto que visa regular a utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar, no âmbito, quer do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), quer de programas de acesso público à desfibrilhação, regulado pelo INEM, na qualidade de entidade responsável pela definição, organização, coordenação e avaliação das atividades de emergência médica, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de socorro pré -hospitalar. À sua semelhança no âmbito regional, foi criado o Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M de 30 de dezembro.

O *International Liaison Committee On Resuscitation* (ILCOR) recomenda que profissionais não médicos sejam autorizados e incentivados a utilizar desfibriladores automáticos externos e o *European Resuscitation Council* defende que cada ambulância deve ser dotada de capacidade de desfibrilhação automática externa (INEM, 2012a). O Conselho Português de Ressuscitação e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia assumiram para Portugal as recomendações do ILCOR, com a ressalva de que o ato de desfibrilhação através de desfibriladores automáticos, só pode ser realizado por não médicos por delegação de um médico, sob a sua supervisão e desde que integrado em programa de desfibrilhação automática externa previamente licenciado pelo INEM (INEM, 2012a). Neste contexto, o INEM tem vindo a promover a utilização de DAE em veículos de emergência, a licenciar a utilização de DAE, quer no âmbito do SIEM, quer em locais de acesso ao público, bem como monitorizar e fiscalizar o exercício da DAE.

A nível regional, o SRPC, IP -RAM, através do SEMER tem promovido as mesmas atividades, quer no âmbito do Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro da Região Autónoma da Madeira (SIOPS -RAM) quer em programas de acesso público, bem como, monitorizar e fiscalizar o exercício da desfibrilhação automática externa na região.

Tanto o INEM como o SRPC, IP -RAM, ao longo dos últimos sete anos têm vindo a apostar na melhoria da taxa de sobrevivência, dando continuidade à expansão

do PNDAE e do PRDAE no universo dos meios de socorro e espaços públicos. Consequentemente, os programas nacional e regional de DAE têm contribuído para a melhoria da sobrevivência das vítimas de morte súbita de etiologia cardíaca, garantindo o reforço da cadeia de sobrevivência, através da desfibrilhação automática externa.

Através do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade, assumi um papel ativo e dinâmico, incorporando diretivas relacionadas com a melhoria da qualidade em saúde, que me impulsionaram a participar nos projetos das instituições e a promover práticas e ambientes seguros, contribuindo para os resultados organizacionais desejados.

2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica neste domínio, é expectável que este optimize as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas, adequando os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados face a cada situação encontrada e identificando o estilo de liderança situacional mais adequado às exigências impostas, facilitando os processos de tomada de decisão e favorecendo a promoção da qualidade dos cuidados. Além disto, é igualmente importante que o mesmo, seja capaz de disponibilizar assessoria, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional, através da apresentação de uma variedade de soluções eficazes, rumo à qualidade dos cuidados de saúde, de acordo com o descrito pelo Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro.

No entender de Ferreira e Silva (2012), as reformas organizacionais dos serviços de saúde e os modelos de gestão hospitalar, propiciam desafios aos profissionais de saúde, não só em termos de aquisição de competências para a prestação de cuidados, mas também em termos de capacidade para intervir ativamente na melhoria da qualidade, através da gestão.

Nesta ordem de ideias Newman e Lawler (2009), afirmam que as novas políticas de gestão na área da saúde colocam em causa a autonomia de gestão profissional. Por outro lado, Pedrosa citado por Ferreira e Silva (2012) refuta esta ideia, acrescentando que a mudança de paradigma da gestão, provoca alterações profundas a nível dos enfermeiros, podendo ser uma “oportunidade de afirmação por parte dos mesmos, tendo em conta que o aumento da exigência e complexidade ao nível das instituições leva a um maior nível de autonomia dos profissionais de Enfermagem e, consequentemente, da sua responsabilidade” (p. 90).

A gestão dos cuidados, de acordo com Santos e Lima (2011) implica o planeamento dos cuidados, a provisão dos recursos e a supervisão e liderança da equipa de enfermagem, sendo a supervisão responsável por promover a reflexão e discussão sobre a prática e a liderança, um instrumento que auxilia na gestão do cuidado, favorecendo o seu planeamento, a coordenação da equipa e a delegação e distribuição de atividades.

Segundo Afonso (2009) a liderança pode ser entendida como um “processo de influência, no sentido de conjugar esforços em prol dos objectivos organizacionais” (p. 2).

Nesta ordem de ideias, reconhecendo a importância da liderança, no decorrer do estágio no SU, pude observar que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, influencia, apoia e motiva a equipa de enfermagem na obtenção de objetivos, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade.

Na sala de emergência particularmente, pude verificar o quanto os cuidados de enfermagem, podem ser otimizados através da liderança adequada do enfermeiro especialista. Este, ao liderar a equipa de enfermagem, gere os cuidados e supervisiona os seus pares orientando-os com antecedência para algumas intervenções. Numa das situações decorridas na sala de emergência, alertei a equipa para a necessidade de nos coordenarmos assumindo funções específicas, visto que nenhum de nós estava responsável pela preparação da medicação. Decorrente disto, pude verificar que o enfermeiro especialista, com habilidades de liderança, orientou um dos elementos da equipa para assumir essa função, tornando a atuação da equipa mais eficaz.

Durantes as situações experienciadas em situações de emergência, tive um papel ativo, assumindo funções específicas e liderando os aspetos afetos a ela, de forma a uniformizar e sistematizar os procedimentos de enfermagem, otimizando o trabalho da equipa e consequentemente a qualidade dos cuidados. Um exemplo específico disto, em determinadas situações decorridas na sala de emergência, geri e liderei os cuidados de enfermagem inerentes à abordagem da circulação referente à avaliação ABCDE, dos doentes, avaliando pulsos periféricos, tensão arterial, tempo de preenchimento capilar, características da pele, procedendo à monitorização cardíaca, à cateterização de acessos venosos, à administração de terapêutica, sempre em comunicação com a restante equipa multidisciplinar. Ao assumir a liderança das intervenções atrás descritas, promovi uma prática participativa, demonstrando conhecimentos técnico-científicos durante as situações. Após as mesmas, promovi uma prática crítico-reflexiva entre os enfermeiros, através da análise dos casos e da formulação de questões reflexivas, que também foram úteis para a autoavaliação.

A gestão dos cuidados e a otimização do trabalho da equipa, também foi efetuada, através da verificação e manutenção dos stocks no serviço, adequando assim atempadamente os recursos às necessidades dos cuidados futuros. Diariamente, nos cuidados especiais/SO, procedi à verificação do carro de urgência, do funcionamento dos equipamentos (por exemplo desfibrilhador, monitor, ventilador, equipamento de VNI, etc.) comunicando ao chefe de equipa qualquer anomalia. No SO, a gestão de equipamentos incluiu também a gestão de monitores, por doentes internados de acordo com a gravidade e necessidade de monitorização, uma vez que não existem esses equipamentos em todas as unidades.

A importância das atividades anteriormente descritas, foi confirmada no estudo de Santos e Lima (2011), no qual a gestão de recursos materiais foi expressa pelas atividades relacionadas ao controlo da quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos, sendo considerada fundamental para garantir a qualidade da assistência.

Em termos da adequação dos recursos humanos, relacionada com a equipa de enfermagem, esta revelou ser uma estratégia igualmente importante, na gestão dos cuidados no SU. Uma situação que retrata esta realidade, prende-se com a ativação da equipa de emergência. Esta, quando ativada, desloca-se para a sala de emergência, obrigando à sua substituição nos locais onde estavam a prestar cuidados. Esta substituição, é feita pelos restantes elementos da equipa, conferindo-lhes mais responsabilidades e colocando em risco a prestação dos cuidados, principalmente em dias de sobrelotação. Nesta vertente, Santos, Lima, Pestana, Garlet e Erdmann (2013), concluíram no seu estudo, que na ótica dos enfermeiros que trabalham em urgência, a gestão dos cuidados passa essencialmente pela gestão da superlotação.

Pude igualmente observar que a gestão dos recursos humanos no SU, também depende do trabalho de equipa e espírito de entreajuda e ciente da sua importância, cooperei com a restante equipa.

A efetivação da gestão dos cuidados, é também dependente do processo de enfermagem. Este, é fundamental em qualquer área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, enquanto profissional altamente qualificado e com um campo de intervenção próprio.

Defendendo esta ideia, Garcia e Nóbrega (2009) apontam o processo de enfermagem como um instrumento fundamental da prestação dos cuidados, que proporciona uma abordagem para a resolução de problemas, de forma ordenada e sistematizada, utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem,

favorecendo o cuidado, organizando as condições necessárias para a sua realização ao mesmo tempo que documenta a prática profissional.

A aplicação do processo de enfermagem no SMI/UCIP proporcionou-me uma melhor gestão dos cuidados prestados, através da implementação de planos de cuidados de enfermagem individualizados e direcionados às necessidades do doente e família, delineando e fundamentando assim o meu processo de tomada de decisão clínica para a promoção de um cuidar holístico.

Recorri ao processo de enfermagem, como instrumento para colher dados, diagnosticar, intervir e avaliar resultados de forma estruturada e individualizada, com o objetivo de, em colaboração com o doente e família, este conseguisse atingir o máximo de independência em cada atividade de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias.

Através da identificação de diagnósticos de enfermagem, como por exemplo Comunicação Comprometida e Crise Familiar, procurei instigar a prática de intervenções que promovam uma gestão de cuidados mais abrangente. A somar a isto, por meio da discussão com os enfermeiros, sobre os resultados dependentes das suas intervenções autónomas, permiti que os mesmos refletissem sobre a importância da sua autonomia na gestão dos cuidados em saúde, sem menosprezar o trabalho de equipa multidisciplinar e interdependente.

Tive oportunidade de avaliar a necessidade e adequação de recursos humanos de enfermagem, de acordo com o índice de carga de trabalho determinado diariamente pela classificação dos doentes através do TISS28 (Therapeutic Intervention Scoring System). Apesar da sua utilização, alguns autores como Perão, Bub, Rodriguez e Zandonadi (2014) apontam para o facto desta escala apresentar um défice na mensuração da carga de trabalho de enfermagem, mediante a não mensuração de algumas atividades. De acordo com dados, do serviço (Viveiros, 2016), a moda do valor do TISS28, tem vindo a aumentar desde 2010, apresentando um valor de 38 no ano de 2015, o que corresponde a uma crescente necessidade de recursos humanos de enfermagem, necessária a ter em conta na sua gestão.

De forma a otimizar o trabalho da equipa de enfermagem, fui assídua na reposição de recursos materiais, quer na sala de trabalho, quer na unidade do doente. Colaborei também com a verificação dos equipamentos no início de cada turno e na preparação dos ventiladores e monitores aquando da preparação da unidade após alta.

De forma semelhante, a gestão dos recursos materiais, em contexto do estágio realizado no pré-hospitalar, envolve a verificação da operacionalidade do veículo e aparelhos eletrónicos, bem como a carga dos materiais clínicos nas respetivas malas e compartimentos

da ambulância, tarefa que efetuei diariamente no início dos turnos. Com sentido de responsabilidade, preocupei-me em levar todo o material necessário, até ao local da ocorrência, para a correta abordagem do doente, prevenindo atrasos na atuação por falta de material.

Neste contexto de emergência pré-hospitalar, além da gestão de recursos materiais os enfermeiros que prestam cuidados nas ambulâncias SIV, têm a seu cargo, não só a gestão dos cuidados prestados, mas também a supervisão e liderança dos técnicos de emergência que trabalham em conjunto com eles.

Posto isto, durante o estágio, acompanhei as funções dos técnicos de emergência, preocupando-me em assegurar que os mesmos cumpriam adequadamente com as suas tarefas. Esta função supervisiva em colaboração com o enfermeiro tutor, obrigou-me a uma adequação da mesma, para apropriar a resposta da equipa às situações. Com técnicos mais inexperientes tive necessidade de delegar demonstrando e orientando as tarefas. Por outro lado, com os mais experientes deleguei supervisionando as mesmas.

Num dos turnos efetuados, a técnica de emergência, realizava pela primeira vez um turno na ambulância SIV. Em conjunto procedemos à verificação de todo o material e equipamentos da ambulância que estrategicamente serviu para a mesma interiorizar onde estavam acondicionados. Durante as ocorrências orientei-a para a execução de algumas tarefas delegadas, como por exemplo monitorização cardíaca e recorri à demonstração das mesmas, quando solicitado ou quando avaliei ser necessário.

Outra estratégia frequentemente utilizada, durante o estágio, importante para o desenvolvimento de competências na gestão dos cuidados, foi a realização de de-briefings, no final das ocorrências, discutindo-se processos para otimizar a gestão dos cuidados e o trabalho de equipa. Estes, foram importantes para a reflexão na ação e sobre a ação, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas e a gestão dos cuidados de saúde em articulação com a equipa multiprofissional.

Um dos principais aspetos, na articulação com a equipa multiprofissional a nível do pré-hospitalar, prende-se com a comunicação efetiva da informação para gerir os cuidados e garantir a continuidade do processo de cuidar. Considerando a sua importância, procedi à transmissão estruturada de informação verbal e escrita, recorrendo à avaliação ABCDE e à Ficha de Observação do INEM, para estruturar a transferência de informação ao médico do CODU e à equipa clínica dos Serviços de Urgência, garantindo uma comunicação efetiva e a continuidade dos cuidados, otimizando a sua gestão. Esta questão é enfatizada por Santos

e Ferrão (2015), como sendo necessária para evitar eventos de fragmentação de cuidados, garantindo a sua continuidade.

De forma sumária, considero ter desenvolvido competências no domínio da gestão dos cuidados, com sentido de responsabilidade e assertividade nas relações interpessoais, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e contribuindo para um melhor desempenho global, garantindo a qualidade dos cuidados de saúde.

2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A enfermagem enquanto profissão da saúde depara-se com uma situação que se caracteriza pela transformação acelerada e profunda, a vários níveis, da realidade social, e de forma particular, na saúde, obrigando a uma constante recriação do seu pensar e agir profissional.

Atualmente, não é possível pensar em cuidados de enfermagem sem formação específica. Fonseca (2006) refere que “Formar pessoas que se cuidam e que cuidam de outras, incute na formação em enfermagem estruturas e dinâmicas que proporcionam a aquisição de saberes provenientes de teorias e princípios científicos da enfermagem e de outras ciências... saberes morais, sociais, relacionais, de saber estar e saber ser” (p.9).

Cabral (2006) afirma que para adquirir saberes os enfermeiros devem ter “...desenvolvido o espírito crítico-reflexivo gerador do aprender a aprender, que o prepara constantemente para acompanhar a evolução, que implica mobilizar, aprofundar e actualizar os conhecimentos” (p.67).

Para Graveto (2005), é no contexto real de trabalho, que se desenvolve a dimensão integradora das capacidades nos domínios do saber, do saber-fazer e do saber-ser ou estar, portanto, ao nível da teoria, da prática e do comportamento.

No estudo, *Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros* desenvolvido por Ferreira e Silva (2012), a formação e investigação, são apontadas pelos enfermeiros como um desafio para a profissão, inserida nos mais recentes modelos de gestão organizacional.

Mediante o exposto, a formação “emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p. 18).

Nesta linha de pensamento, Fagundes, Rangel, Carneiro, Castro e Gomes (2016) acrescentam que

a compreensão da dimensão social do trabalho em enfermagem e a nova visão da atenção à saúde requerem do enfermeiro a assunção de novas responsabilidades na atuação profissional, que apontam para a necessidade de mudanças na forma de produzir a gestão, o cuidado em enfermagem, a educação formal e a educação no e para o trabalho (p. 2).

A profissão de enfermagem pressupõe uma formação que apela para a transformação de todo o ser, configurando o saber, o saber-fazer e o saber-ser. Formar pressupõe mudar, acrescentar valor no que respeita a competências, atitudes, para que essa mais-valia se faça sentir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde. O enfermeiro é um profissional ativo na construção dos seus conhecimentos, valorizando o pensamento crítico, reflexivo e ético. É visto como um facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento do próprio e dos outros elementos com quem interage.

De acordo com a OE (2005) os profissionais de enfermagem, com vista à excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas. O dever de atualização de conhecimentos para o enfermeiro, decorre do direito do doente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

Durante a prática clínica nos estágios, verifiquei que o enfermeiro especialista evidencia-se por suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na sua área de especialidade e atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática. Pude observar que o enfermeiro especialista, durante momentos informais, divulga dados provenientes da evidência científica e promove a discussão de temas relacionados com a sua área de especialidade no seio da equipa. É também uma referência para os seus pares e intervém assertivamente junto dos mesmos, melhorando a informação para o processo de cuidar e promovendo práticas mais seguras e que respeitam a privacidade e dignidade do doente crítico. De forma proactiva e individualizada, observei que aplica estratégias de motivação para incentivar os enfermeiros, a prestarem cuidados fundamentados na avaliação do doente crítico e utiliza processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática de cuidados.

Através destes momentos informais no SU, em conjunto com o enfermeiro tutor, pude detetar na equipa a necessidade, de formação na área da eletrocardiografia e como tal, propus-me realizar uma sessão de formação sobre a temática, em concordância com a equipa,

o que me possibilitou dinamizar e facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Através da formação, propus-me fomentar nos enfermeiros, habilidades e competências na área da eletrocardiografia. Sabendo que a formação contínua deverá ser parte integrante da prática profissional, como futura enfermeira especialista preocupei-me em assegurar que a sessão de formação promovesse em primeira instância, profissionais preparados para praticar cuidados de enfermagem fundamentados e seguros, e em segunda instância, a valorização da profissão através dos mesmos.

Para tal, recorri a estratégias de supervisão no decorrer do estágio para fomentar a autoformação na área da eletrocardiografia. Através da observação das ações dos enfermeiros antes e após a formação, através de questões pedagógicas e reflexivas que os incitasse a investigar e também refletir sobre a mais valia que a interpretação eletrocardiográfica poderá trazer para a qualidade dos cuidados e por último através da análise de alguns casos quando oportuno.

Desta forma, considero ter apelado ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação dos enfermeiros no âmbito da eletrocardiografia, ao espírito de autoformação e desenvolvimento, à capacidade de identificar, aprofundar, mobilizar e integrar conhecimentos, de resolver problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas na prática, de experimentar e inovar, de refletir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo, de responsabilizar-se, de empenhar-se e de trabalhar em equipa, tal como defendem Alarcão e Tavares (2010).

Sumariamente, favoreci a aprendizagem e o desenvolvimento de competências nos enfermeiros, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No domínio das aprendizagens profissionais, no contexto do SMI/UCIP, propus a formulação de um procedimento específico para o serviço, sobre o transporte intra-hospitalar do doente crítico e providenciei um conjunto de pesquisa científica para tal.

Esta proposta, decorreu após a experiência de uma situação de transporte intra-hospitalar de um doente internado no serviço, para realização de TAC CE. O doente, vítima de PCR após aneurisma e submetido a intervenção cirúrgica para clipagem do mesmo, encontrava-se sedoanalgesiado, sob ventilação mecânica invasiva, hemodinamicamente dependente de suporte vasopressor e com PIC/PPC instáveis e acima dos parâmetros alvo desejados.

Após decisão médica da necessidade de transportar o doente para o serviço de imagiologia, a minha atuação em conjunto com o enfermeiro especialista, pautou-se por garantir que o transporte fosse efetuado em segurança e com as condições necessárias.

Esta atuação também foi justificada pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), pelo Código Deontológico e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que face às competências do enfermeiro que acompanha o transporte do doente crítico adulto, demonstram preocupação em proteger o doente de eventuais efeitos adversos oriundos de um transporte inadequado. Para além disto, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008) realçam que o transporte dos doentes em situação crítica envolve sempre alguns riscos e como tal Bérubé et al. (2013), referem que é fundamental refletir sobre as estratégias utilizadas de forma a antecipar problemas e a planear mais eficazmente futuros transportes reduzindo incidentes.

Segundo as Recomendações do Transporte do Doente Crítico (SPCI & OM, 2008) o transporte do doente crítico deverá ser efetuado por um enfermeiro com formação em cuidados críticos de enfermagem (especialmente em suporte avançado de vida e trauma) e um médico com competências a nível de vias aéreas artificiais e ressuscitação cardíaca.

Comeau, Armendariz-Batiste e Woodby (2015) sublinham que o transporte seguro é dado pela preparação avançada, coordenação de meios otimizados, utilização de equipamentos de forma adequada, pessoal treinado e uma planificação de modo a minimizar complicações e garantir o benefício para o doente. Os mesmos autores, defendem que para uma otimização de todos estes critérios, todos os hospitais deveriam ter um plano formal para o transporte intra-hospitalar dos doentes, desenvolvido por uma equipa multidisciplinar e revisto periodicamente, tendo em linha de conta as *guidelines* mais recentes.

Uma vez que, no serviço não existe nenhum protocolo específico para o transporte intra-hospitalar dos doentes internados naquela unidade, este é efetuado à luz do conhecimento, formação e experiência dos profissionais.

Nogueira, Marin e Cunha (2005) defendem a criação de um protocolo de condutas para a realização do transporte intra-hospitalar de doentes críticos adultos, na medida em que as informações são descodificadas e transformadas em guias de conduta chamadas de *guidelines*, protocolos clínicos ou de diretrizes clínicas que vêm facilitar o planeamento antecipado e fundamentado, com base nas necessidades dos doentes, proporcionando aos enfermeiros a prestação de cuidados seguros. A padronização de condutas serve então para minimizar riscos/complicações e orienta para a prática de cuidados seguros.

Apesar de não haver um protocolo no serviço, pude certificar que algumas das *guidelines* recomendadas pela SPCI & OM (2008) fossem cumpridas. Durante a situação da prática, referida anteriormente, em colaboração com o enfermeiro especialista, na fase do planeamento, preocupamo-nos em garantir os recursos materiais necessários tanto em termos de monitorização, ventilação e infusão. Foi garantida a presença do insuflador manual e da bolsa com reserva de drogas. Houve a preocupação de verificar a carga dos equipamentos eletrónicos e de levar os fios para conectar à corrente elétrica durante a realização do exame. No entanto, não foi garantida a presença de equipamentos para acessos da via aérea artificial, caso houvesse algum incidente, nem de desfibrilhador, porque no serviço não está disponível, este tipo de equipamento, especificamente para o transporte intra-hospitalar.

Na fase de efetivação, garantiu-se a monitorização de acordo com as recomendações da SPCI & OM (2008) à exceção da Capnografia e da monitorização da PVC.

A SPCI & OM (2008) recomenda a existência de uma grelha de avaliação das necessidades humanas, de monitorização e equipamentos para o transporte intra-hospitalar de forma a verificar quais as necessidades específicas para cada situação. Neste caso, a inexistência da mesma contribuiu para que houvessem falhas no procedimento.

Apesar de existir um procedimento de transporte de doentes críticos no SESARAM, E.P.E., não existe na instituição uma equipa exclusiva e com formação específica para o transporte intra-hospitalar. Além disso, o procedimento hospitalar, não obriga à utilização de grelhas de avaliação das necessidades para o transporte, tornando-se incompleta de acordo com as recomendações acima descritas.

Estas questões levaram-me a concluir que seria vantajoso a criação de um protocolo com grelhas de avaliação e *cheklist*, que sirvam como ferramentas para preparar o transporte do doente crítico e que tenham em linha de conta os fatores de risco, o controlo dos equipamentos a serem usados, o controlo do estado do doente em relação às complicações mais comuns e a avaliação do estado de agitação/sedação do mesmo, por forma a garantir um transporte eficaz.

Após discussão com o enfermeiro chefe e restante equipa de enfermagem, concluí que a reflexão e pesquisa científica realizada e disponibilizada, irá contribuir para a criação de um protocolo no serviço, para a uniformização das práticas e para a aquisição do equipamento necessário, garantindo a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes.

No que concerne ao desenvolvimento de aprendizagens no âmbito da emergência pré-hospitalar, o INEM é reconhecido e certificado pela formação em emergência médica quer a profissionais quer aos cidadãos.

A importância da formação aos cidadãos, é reconhecida através das situações de PCR, nas quais é preconizado o início precoce de SBV pelo cidadão que a presencia. Quando isto ocorre, a taxa de sobrevivência aumenta o dobro ou o triplo e diminui entre 7 a 10% por cada minuto que passa (Tavares, Pedro & Urbano, 2016). Segundo estes autores, a evidência científica identifica que o início precoce da formação de SBV, aumenta a possibilidade de ser realizado eficientemente com aumento de sobrevida em contexto pré-hospitalar.

Para o European Resuscitation Council (2010), ensinar SBV ao maior número de pessoas possível, é um dos processos mais eficazes para salvar vidas. Estas premissas vão de encontro com as conclusões da revisão sistemática e meta análise realizada em 2010 por Sasson, Rogers, Dahl e Kellermann, sobre os preditores de sobrevivência da PCR extra-hospitalar, em que os autores defendem que a adoção de estratégias que aumentem as taxas de RCR realizadas pelos cidadãos, incrementa duas a três vezes a taxa de sobrevivência a longo termo, do que propriamente as intervenções aplicadas posteriormente durante o tratamento.

Dixe e Gomes (2015) defendem a necessidade da capacitação da população leiga em SBV, em Portugal, através de programas de formação teórica e prática nas escolas e locais de trabalho.

A *American Heart Association* (AHA) (2011) e Tavares, Pedro e Urbano (2016) recomendam a incorporação de formação de SBV nas escolas, embora estes últimos refiram que ainda não seja consensual internacionalmente, a idade para iniciar a formação tendo em conta a maturidade intelectual e performance física. Nesta ordem de ideias, a *American Heart Association*, emitiu em 2011 uma recomendação científica sobre a importância da implementação de programas de treino de RCR e DAE nas escolas, afirmando que a constituição física dos jovens deve ser o principal aspeto a ter em conta para escolher o grupo alvo da formação, uma vez que só assim as compressões torácicas serão bem-sucedidas. De forma a haver conformidade, recomendam a formação a jovens com idade igual ou superior a 13 anos, baseando-se em estudos anteriormente efetuados que correlacionam o sucesso das compressões torácica, com a massa corporal superior a 50 Kg já apresentada maioritariamente por esse grupo etário (AHA, 2011).

Tendo em consideração as premissas anteriores, Portugal, através da Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013 de 15 de março, tornou obrigatória, aos alunos do 3.º ciclo do ensino básico, a formação em SBV com uma duração total de seis a oito horas). A partir desta resolução e a pedido das Escolas, o INEM organiza *Mass Training* sobre SBV de forma abranger o maior número de jovens.

Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar num *Mass Training* sobre SBV aos alunos do 3º ciclo do ensino básico da Escola Secundária da Rainha Santa Isabel em Estremoz. Esta experiência, propiciou-me assumir um papel como formadora em contexto de emergência médica e em colaboração com a restante equipa. Para tal, foi necessário adaptar-me às características da formação, aos formadores e formandos, de forma a ser bem-sucedida na divulgação e implementação dos procedimentos relacionados com o SBV, garantindo a efetividade de um dos elos da cadeia de sobrevivência.

Desta forma, contribuí também a longo prazo, para o número significativo de adultos na comunidade com formação em RCR, tal como preconiza a AHA (2011).

Colaborar nesta formação, traduziu-se numa oportunidade para promover a saúde, incutindo aos jovens a perceção de que cada pessoa representa um elo no conceito da cadeia de sobrevivência e consciencializá-los de que a sua intervenção pode salvar vidas humanas em situações críticas como é o caso da PCR.

Em suma, o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, foi conseguido através de elevada adaptabilidade individual e organizacional, com vista a promover aprendizagens no âmbito da especialidade, de profissionais e cidadãos, contribuindo para o sucesso das suas intervenções.

**CAPÍTULO III - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS ESPECÍFICAS NOS CONTEXTOS DA
PRÁTICA**

Possuir competências especializadas específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, remete-nos para um leque de exigências técnicas, científicas e humanas, mobilizando saberes de uma ampla esfera, de forma a que as competências adquiridas sejam capazes de responder às situações de saúde em tempo útil e de uma forma holística.

As situações de doença de grande complexidade, com as que me deparei no decorrer dos estágios, obrigou-me a uma atuação pronta e eficaz, por vezes, criativa, para a resolução dos problemas encontrados. A identificação de focos de instabilidade e de risco de falência orgânica, foram fundamentais para agir de uma forma antecipatória, prevenindo a evolução para estádios mais graves. Assim, a vigilância do doente crítico assumiu-se fundamental para a implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

Para além desta componente prática, interessa também a componente teórico-reflexiva. Por esta razão importa aqui referir como é que esta foi desenvolvida nos estágios.

A componente teórico-reflexiva, que emergiu da componente prática no SU, foi demonstrada através de reflexões críticas e de um portefólio de aprendizagem, de matriz reflexiva que evoluiu a partir das situações de aprendizagem vivenciadas e desenvolveu-se até a interiorização das competências adquiridas, influenciando a construção de saberes e habilidades profissionais.

A pertinência da elaboração do portefólio, é justificada por Cabral (2006) que defende que para adquirir saberes o enfermeiro deve ter contato com diversos contextos onde faz a interligação entre a teoria e a prática e sobretudo desenvolve o espírito crítico-reflexivo gerador do “aprender a aprender, que o prepara constantemente para acompanhar a evolução, que implica mobilizar, aprofundar e actualizar os conhecimentos” (p.67). Desta forma, o portefólio, documentou as competências que foram sendo construídas no campo de ação da enfermagem, apresentando uma forte influência na capacidade de autoavaliação e de mudança pela autorreflexão dos problemas e experiências.

No estágio, no SMI/UCIP, a componente teórico-reflexiva foi demonstrada através de reflexões críticas e de um estudo de caso. Este último, permitiu realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do doente/família, proporcionando-me, subsídios sobre a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados, estando de acordo com o que é descrito por Galdeano, Rossi e Zago (2003).

A aplicação do processo de enfermagem foi fundamental para uma abordagem de resolução de problemas de forma ordenada e sistematizada, utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem, favorecendo o cuidado, organizando as

condições necessárias para a sua realização e ao mesmo tempo documentando a prática profissional, como defendem Garcia e Nóbrega (2009).

Deste modo, a elaboração do estudo de caso, demonstrou ser eficaz porque através do processo de enfermagem foi possível combinar todas as perícias exigidas pelo pensamento crítico e criar um método dinâmico e cíclico, tal como diz Carpenito-Moyet (2011).

Desta forma e em parceria com o doente/família, recolhi dados, identifiquei as necessidades dos doentes, estabeleci objetivos e resultados, planeei intervenções de enfermagem e avaliei a eficácia do plano de cuidados na obtenção dos resultados e objetivos. Durante este processo (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final), o pensamento e ação interrelacionaram-se e reciclaram -se continuamente, quer através da identificação adicional de problemas, da alteração de resultados/objetivos e/ou modificação das intervenções planeadas para a resolução dos problemas identificados (Doenges & Moorhouse, 2010)

Na emergência pré-hospitalar, além das reflexões críticas, desenvolvi um projeto de autoformação intitulado “O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas emergências cardiovasculares”.

De acordo com Alves (2004) o projeto é uma ideia que prevê uma componente prática, podendo ser definido como um “trabalho sistemático e organizado, que deve concretizar-se num conjunto ordenado de atividades, (...) orientadas para um determinado fim, que é atingir uma série de resultados pré-definidos” (p.30).

O projeto permitiu-me centrar na análise das emergências cardiovasculares no pré-hospitalar, valorizando a sua dimensão concetual e teórica, formulando um planeamento com objetivos, estratégias, ações e avaliação das mesmas. Por este motivo, o projeto de autoformação desenvolvido, possibilitou que conhecimentos, experiências e recursos funcionassem como catapulta para aprofundar conhecimentos, desenvolver práticas e adquirir competências.

Após esta nota introdutória, importa salientar que este capítulo está organizado em dois subcapítulos um referente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e outro às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

3.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” necessitando de cuidados de enfermagem “altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.1).

Neste sentido, este subcapítulo encontra-se organizado, pelas competências definidas pelo regulamento anterior, nomeadamente: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

No SU, a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e a gestão de protocolos terapêuticos complexos ocorreu em diversas situações clínicas.

Uma destas ocorrências, prende-se com a prestação de cuidados especializados a um doente com traumatismo crânio-encefálico (TCE) sem causa esclarecida. A comunicação interpessoal que estabeleci com o doente, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, foi primordial para a continuidade dos cuidados seguros. Sendo toxicodependente e por suspeita de queda durante o assalto a uma residência, o mesmo não queria identificar-se, impedindo que acedêssemos ao processo clínico. Após ter sido questionado, várias vezes pelos profissionais, dirigi-me ao mesmo, estabelecendo contato visual e recorrendo ao toque para transmitir-lhe segurança e confiança. Recorri à comunicação verbal para demonstrar preocupação pelo seu estado de saúde, tentando com que se focalizasse na necessidade de receber cuidados. Com efeito, o doente deu-nos as informações necessárias para acedermos ao processo clínico.

Através do estabelecimento desta relação, dei início à avaliação inicial do processo de enfermagem. Procedi à colheita de dados subjetivos, através de questões colocadas ao doente e simultaneamente prossegui com a colheita de dados objetivos através da avaliação primária e secundária. Desta forma, fiquei com uma visão geral acerca do estado físico, psicológico, sociocultural e cognitivo do doente, que me auxiliou a identificar focos de atenção relevantes para os diagnósticos de enfermagem.

Uma vez que apresentava lesão craniana primária e havendo alto risco de lesão secundária, dependente de fatores potencialmente deletérios como a hipotensão, hipoxia, hipoperfusão, alterações eletrolíticas e lesões de reperfusão referidas pela *Society of Critical Care Medicine* (2007), a minha abordagem visou a prevenção da lesão cerebral secundária através da oxigenação adequada e manutenção da TAM suficientes para garantir a perfusão cerebral, limitando assim os danos cerebrais secundários, como defende a *American College of Surgeons* (2011).

De acordo com Dantas, Oliveira e Neto (2014) o TCE é um acontecimento devastador que pode resultar em morte ou em incapacidade crónica, perturbando o meio familiar, social e cultural, constituindo uma causa importante de morbi-mortalidade a nível mundial e como tal, o conhecimento da sua fisiologia e metabolismo, foi de extrema relevância para cuidar do doente que se encontrava em estado neurocrítico.

Sendo a causa do traumatismo desconhecida e não apresentando alterações significativas na abordagem da via aérea, ventilação e circulação, a prioridade foi prevenir riscos, protegendo o doente de lesão da coluna com proteção cervical e imobilização axial. Durante a exposição identifiquei focos de instabilidade através da observação de feridas traumáticas com hemorragia, equimoses dispersas pela face e crânio e hematoma subconjuntival e periorbital, sinais associados a fratura da base do crânio (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Através da sua identificação, o planeamento dos cuidados de enfermagem para a antecipação da instabilidade e risco, permitiu-me o estabelecimento de prioridades e como tal, as intervenções de enfermagem visaram essencialmente a adequada administração de oxigénio (controlando a hipoxia e a hipercapnia), monitorização e manutenção da tensão arterial (estando atentos à hipo ou hipertensão arterial), monitorização neurológica com avaliação da GCS (Glasgow Coma Scale) e das pupilas (anisocoria, miose/midríase, não reatividade e sinais de lateralização), controlo da temperatura e da dor (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

O controle da dor, neste doente, dada a sua toxicodependência, necessitou de uma gestão diferenciada, exigida ao enfermeiro especialista, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas para promover o seu bem-estar. De forma autónoma, geri a monitorização da dor através da escala verbal numérica e recorri a medidas não farmacológicas, como por exemplo aliviar as fitas da imobilização axial para promover algum conforto. Em associação as estas intervenções, de forma interdependente, geri o controle da dor através da administração de terapêutica. Durante este processo, avaliei resultados, mantendo-me atenta às evidências fisiológicas e emocionais de mal estar e à necessidade de ajustar as intervenções para o controle da dor.

Na abordagem ao doente crítico, a implementação de protocolos/*guidelines* torna-se uma ferramenta importante para a otimização, sistematização e standardização de intervenções, permitindo-me atuar em conformidade e segurança. Outra situação que demonstra esta ideia, ocorreu na sala de emergência do SU na admissão de um doente para a Via Verde Coronária, por PCR presenciada no serviço.

Após ter procedido com a monitorização e identificação do ritmo cardíaco de fibrilhação ventricular o doente foi desfibrilhado e submetido a SAV. Demonstrando conhecimentos e habilidades em SAV, executei as compressões torácicas, cumprindo com o algoritmo de ritmos desfibrilháveis.

Em colaboração com a equipa multidisciplinar a atuação foi eficaz, tendo o doente recuperado circulação espontânea e estado de consciência. Após confirmação de EAM na ecografia cardíaca, procedi em colaboração com a restante equipa, na gestão do protocolo da via verde coronária, administrando terapêutica anti plaquetária dupla, preparando o doente para intervenção coronária percutânea e sua transferência para o serviço de hemodinâmica, de acordo com as recomendações da *European Society of Cardiology* (ESC) (2013a). Mantive-me atenta à monitorização cardíaca e aos sinais vitais para o despiste de possíveis complicações e/ou agravamento da situação.

Através destas intervenções, demonstrei competências para implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações, bem como para monitorizar e avaliar a adequação das mesmas aos problemas identificados.

Assisti o doente e esposa nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, atendendo aos seus pedidos para poderem estar juntos minutos antes da transferência. Durante este processo, demonstrei disponibilidade, fazendo-os compreender a necessidade de transferência com brevidade. Reconhecendo o impacto da situação crítica para os processos de transição, através destas intervenções geri a ansiedade e medo de ambos.

Uma terceira situação que gostaria de abordar, está relacionada com o caso de um doente com história de PCR após crise convulsiva que deu entrada na sala de emergência, acompanhado pela EMIR. O doente à chegada já se encontrava conectado à prótese ventilatória, exigindo cuidados técnicos de alta complexidade, que executei em colaboração com o enfermeiro tutor.

Na sala de emergência, dei início ao processo de enfermagem, avaliando e intervindo de acordo com as necessidades do doente. Uma vez que o doente se encontrava em coma, a apreciação inicial foi realizada tendo em conta os dados fornecidos pela EMIR e pelos dados objetivos observados.

Para além da hipotensão, observei secreções salivares abundantes, sudorese, miose e incontinência de esfíncteres. Ao proceder com a entubação orogástrica houve drenagem de conteúdo amarelado com cheiro intenso. De acordo com estes sinais, a equipa de saúde suspeitou de intoxicação por inibidores da colinesterase. Esta tem repercussões no sistema nervoso central e no sistema nervoso periférico com efeitos muscarínicos e nicotínicos no sistema nervoso periférico. Estes efeitos, podem ser mais facilmente associados a intoxicação por inibidores da colinesterase através da mnemónica SLUDGE (salivation, lacrimation, urination, diaphoresis, gastrointestinal upset, emesis), tal como descrito em INEM (2012b).

Em consequência desta suspeita recorri a medidas de proteção individual, promovi a sua utilização pelos restantes elementos da equipa da sala de emergência e do serviço para o qual o doente foi transferido. Procedi, com o enfermeiro tutor e restante equipa, ao transporte do doente, para realização de TAC CE e posteriormente para o SMI/UCIP.

Para além do cumprimento das recomendações da SPCI & OM (2008) para o transporte do doente crítico, nesta situação diagnostiquei precocemente as possíveis complicações decorrentes da intoxicação e intervi de forma antecipatória, providenciando um aumento da carga de atropina na mala de transporte, uma vez que está indicada a sua administração a cada quinze minutos até a atropinização, observada através de midríase, xerostomia, taquicardia e ausência de secreções à auscultação (INEM, 2012b). De forma interdependente administrei atropina e de forma autónoma monitorizei a adequação da intervenção, identificando evidências fisiológicas de atropinização e/ou de complicações.

A partir de estas e outras situações, onde prestei cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e falência orgânica, pude consciencializar-me da importância do enfermeiro especialista no serviço de urgência e em

especial na sala de emergência. No entanto, o seu papel, é igualmente importante em situações em que o doente é crítico, mas a situação não é tão emergente.

Durante um dos turnos realizados nos cuidados especiais, prestei cuidados a um doente de nacionalidade estrangeira internado por Fibrilhação Auricular (FA) refratária à cardioversão química. Sendo a FA uma “disritmia supraventricular caracterizada por múltiplos focos auriculares ectópicos, contrações auriculares descoordenadas e uma frequência ventricular classicamente irregular” há uma grande probabilidade de se formarem coágulos nas aurículas, devido à corrente sanguínea retardada, com o risco aumentado dos doentes sofrerem embolias (Lipman & Cascio, 2001, p. 117). Estando o doente internado há doze horas, sem qualquer resposta à cardioversão farmacológica, a equipa multidisciplinar decidiu submetê-lo a cardioversão elétrica.

Prevendo antecipadamente a possibilidade de ocorrência de complicações, em colaboração com a equipa, transferi o doente para os cuidados especiais a fim de promover uma melhor assistência, vigilância e segurança durante o procedimento.

Apesar de existirem barreiras à comunicação, recorri a estratégias facilitadoras, auxiliando-me de gestos, para explicar ao doente, o motivo da transferência e as intervenções de enfermagem necessárias para a gestão do protocolo relativo à cardioversão elétrica.

Na antecipação de complicações e risco de falência orgânica, cateterizei outro acesso venoso, preparei máscara de alto débito para oxigenoterapia, material para intubação orotraqueal e aproximei o carro de urgência.

De forma a monitorizar e diagnosticar precocemente as complicações resultantes do protocolo, conectei os elétrodos, avaliei tira de ritmo e sinais vitais. Administrei propofol de acordo com a prescrição e mantive-me atenta aos efeitos secundários mais frequentes, nomeadamente a hipotensão e apneia. Após a administração de choque a 200 joules por outro profissional de saúde, o ritmo cardíaco reverteu para sinusal. Mantive o doente monitorizado, para avaliar o resultado das intervenções e detetar complicações.

Uma vez que o doente apresentava status cardíaco comprometido, levei a cabo todas as intervenções necessárias para obter o resultado esperado, status cardíaco efetivo de acordo com a classificação do *Internacional Council of Nurses* (ICN) (2014).

De forma a avaliar complicações resultantes do protocolo, intervi avaliando o estado de consciência, frequência cardíaca, tensão arterial, ritmo eletrocardiográfico, frequência respiratória, características da respiração, sinais ou sintomas de embolia. Para otimizar a gestão da dor e bem-estar do doente, após este ter recuperado a consciência e

através da escala verbal, avaliei sinais de dor, no local de administração do propofol, uma vez que é um dos efeitos secundários frequente (Hodgson & Kizior, 2002).

Desta forma, e de acordo com as competências esperadas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, identifiquei focos de instabilidade num doente com FA refratária à cardioversão química, respondi de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade antes, durante e após a cardioversão elétrica e executei cuidados técnicos de alta complexidade durante a mesma, demonstrando conhecimentos e habilidades no domínio de intervenções mais complexas.

A sala de emergência e também a de cuidados especiais, são locais onde a necessidade de recorrer a técnicas invasivas é frequente para proporcionar ao doente, cuidados que facilitarão obter dados de monitorização e vigilância que são essenciais no cuidar destes doentes e na prevenção ou mesmo antecipação de complicações que de outra forma não seriam detetadas ou só tardiamente o seriam.

Na sala de cuidados especiais, prestei cuidados a um doente crítico, com neoplasia do Vacuum, com HTA refratária aos anti hipertensores e sob tratamento com labetalol em perfusão, para tratamento da mesma.

O labetalol em decorrência das suas ações terapêuticas, produz vasodilatação, diminuição da resistência vascular e consequentemente diminuição da pressão arterial com proteção cardíaca das respostas reflexas indesejadas, tais como alterações do ritmo e do rendimento cardíaco (Hodgson & Kizior, 2002). Demonstrando conhecimentos na gestão de protocolos terapêuticos, durante a administração do medicamento procedi a intervenções específicas, tais como elevação da cabeceira no mínimo em 30° para prevenir sintomas de hipotensão, monitorização cardíaca para vigilância do ritmo cardíaco e deteção de arritmias, monitorização da frequência cardíaca, tensão arterial invasiva e características do pulso.

Sendo o processo de enfermagem um processo contínuo que reflete a qualidade e adequação do plano de cuidados, avaliei os resultados esperados da implementação das intervenções anteriores e verifiquei que o doente manteve HTA. Em consequência desta avaliação, a atualização do plano de cuidados incluiu a gestão da administração da medicação para dosagens entre 20 a 80 mg a cada dez minutos de intervalo até valores tensionais normalizados e até um máximo de 300 mg. Durante esta gestão medicamentosa, avaliei os sinais vitais de acordo com o pico de ação do medicamento e estive atenta a outros efeitos secundários. Entrei em contacto com a equipa multidisciplinar, para prestar assistência adicional e opções de resolução de problemas, quando a perfusão atingiu a dose máxima de 300 mg.

A gestão e administração de protocolos terapêuticos fez-me refletir sobre a importância do enfermeiro especialista, no sucesso da sua implementação. Através do conhecimento dos protocolos, consolidei o conhecimento e adquiri saberes técnico-científicos, que aliados à fundamentação teórica foram importantes para promover a prestação de cuidados segura.

A prestação de cuidados segura, em situações práticas experienciadas no contexto de cuidados intensivos foram igualmente importantes. Durante o estágio no SMI/UCIP, prestei cuidados qualificados através de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, mantendo as funções básicas de vida e prevenindo complicações e incapacidades.

No decorrer do estágio, tive oportunidade de colaborar/prestar cuidados de enfermagem a doentes com diversas patologias e simultaneamente com vários índices de gravidade.

Geri a dor e bem-estar dos doentes críticos, avaliando a eficácia da sedoanalgesia, através da RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) e da BPS (Behavioral Pain Scale), registando e monitorizando os resultados. A utilização desta última, para a avaliação da dor em doentes sedados, ventilados e que não comunicam, está em conformidade com as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, s.d.).

Segui as restantes recomendações e pude observar que algumas, não são geridas pelos enfermeiros do serviço, nomeadamente: a avaliação da dor cinco a dez minutos antes da realização de um procedimento doloroso, durante a aplicação deste, imediatamente e quinze minutos após. Discuti esta situação com os mesmos, incitando a sua aplicação de acordo com as recomendações.

Através do cumprimento destas recomendações, pude identificar presença de dor (valor 5) antes de um procedimento invasivo, num dos doentes por quem estava responsável. Partilhei a minha avaliação com a equipa multidisciplinar, o que propiciou que a analgesia fosse gerida de forma a cessar a dor. Mantive a avaliação durante o procedimento e após o mesmo, verificando que através da minha intervenção os resultados esperados foram alcançados. Assim, demonstrei competências para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

Desenvolvi também, capacidade para identificar em tempo útil as necessidades dos doentes, através da observação e vigilância do estado de consciência, parâmetros

hemodinâmicos invasivos e não invasivos, traçado eletrocardiográfico, modalidades ventilatórias, equilíbrio hidroeletrolíticos, entre outros.

Executei cuidados complexos a doentes ventilados, aprofundei conhecimentos acerca dos modos ventilatórios e geri as intervenções relacionadas com a ventilação.

Com o objetivo de prevenir e/ou identificar focos de instabilidade, vigiei sinais de desadaptação ao ventilador, como taquipneia, sudorese, adejo nasal, uso dos músculos acessórios, assincronia tóraco-abdominal, taquicardia, disritmia e alterações gasimétricas apontados por Urden, Stacy, e Lough (2008).

Procedi ao desmame da ventilação mecânica, tendo o cuidado de observar sinais de exaustão respiratória e em colaboração com o enfermeiro tutor, procedi à extubação quando indicado. Geri a comunicação interpessoal, informando o doente acerca dos procedimentos, reduzindo a sua ansiedade e incentivando a sua participação e colaboração neste processo.

Nos doentes cuidados, executei cuidados de enfermagem complexos para a prevenção e ou resolução de focos de instabilidade, que incluíram a avaliação da mecânica respiratória em termos de amplitude, ritmo, simetria e padrão, a auscultação e aspiração pulmonar quando necessária, a monitorização da saturação de oxigénio periférica e vigilância da perfusão dos tecidos, a verificação da posição do TOT, da pressão do cuff e a substituição do dispositivo de fixação, nos doentes com EOT.

Efetuei colheita de sangue através do cateter arterial para gasimetria e demonstrei conhecimentos na avaliação dos resultados da mesma, identificando desequilíbrios dos gases, eletrolíticos e hemodinâmicos. Implementei respostas de enfermagem apropriadas às alterações dos desequilíbrios, procedendo à gestão dos protocolos do serviço e monitorizando a adequação dos seus resultados.

Geri protocolos complexos de acordo com as situações, nomeadamente no cuidar do doente crítico com monitorização hemodinâmica invasiva. Avaliei parâmetros de circulação nomeadamente características dos pulsos, TAM, PVC, PPC. Avaliei o traçado eletrocardiográfico em termos de frequência ventricular, regularidade do ritmo, duração do QRS, relação da atividade auricular/ventricular.

Uma situação que demonstra o desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico, relaciona-se com um doente, internado por aneurisma cerebral, com status neurológico comprometido que apresentava PIC e PPC acima dos parâmetros normais.

A vigilância contínua dos valores da PIC, PPC e TAM permitiram-me monitorizar o seu estado hemodinâmico, informando a equipa multidisciplinar sobre as alterações. Em

colaboração com esta, fui gerindo o efeito terapêutico da noradrenalina no sentido de diminuir a PPC e consequentemente a PIC.

Recorrendo à fundamentação e de acordo com Urden, Stacy e Lough (2008), preocupei-me em manter a cabeceira elevada entre os 30 e os 45°, a cabeça em posição neutra e os nistros da traqueostomia fixos sem exercer pressão, para promover o retorno venoso adequado. Avaliei a necessidade de aspiração e executei-a somente quando foi necessário, recorrendo a bólus de analgesia prévia.

Mantive-me vigilante à temperatura, à tensão arterial sistólica e média, bem como à dor. Como a PIC manteve-se acima dos parâmetros normais procedi à administração de barbitúricos e anticonvulsivantes em colaboração com a equipa multidisciplinar.

Através da decisão partilhada com o enfermeiro tutor, não posicionei o doente para não provocar aumento da PIC. Diminuí a luminosidade da cabeceira e som dos alarmes para promover um ambiente mais calmo. Expliquei às visitas que falassem em tom baixo com o mesmo, e mantive-me atenta para aumentos da PIC e PPC em resposta à presença da família, o que não se verificou.

Recorrendo a estas intervenções, intervi perante um doente neurocrítico, prestando cuidados complexos, antecipando focos de instabilidade, gerindo a administração de protocolos terapêuticos complexos e otimizando as intervenções para promover o bem-estar.

Numa outra situação, cuidei de um doente em estado crítico que apresentava status cardíaco comprometido através de evidências como taquicárdia sinusal no traçado cardíaco, pulso arritmico, tensões arteriais médias abaixo dos parâmetros, hipoperfusão das extremidades, hemorragias urinárias, débitos urinários reduzidos e edemas dos membros superiores e inferiores.

Intervi, avaliando o estado de consciência, através da escala de Glasgow, monitorizando a frequência cardíaca, avaliando pulso e o traçado eletrocardiográfico.

Uma vez que a condução do impulso elétrico necessária para a contração do músculo cardíaco, ocorre a partir do potencial de membrana e dos canais iónicos, levando à despolarização e repolarização das células cardíacas, tornou-se fundamental vigiar alterações eletrolíticas neste doente (Urden & Lough, 2008). Dado isto, determinei valores eletrolíticos no sangue arterial, avaliei alterações gasométricas e eletrocardiográficas que traduzissem o agravamento das anomalias eletrolíticas, avaliei manifestações clínicas de desequilíbrios hidroelectrolíticos e geri os protocolos para sua reposição, respondendo de forma antecipatória aos focos de instabilidade.

Outra situação igualmente importante, relaciona-se com o aporte nutricional aos doentes em situação crítica. Considerando que um doente desnutrido tem uma maior predisposição a alterações teciduais e orgânicas, imunológicas, cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, neurológicas e renais, de onde poderão ocorrer complicações, comprometendo a evolução e o prognóstico como defendem Urden e Lough (2008), a gestão do protocolo de nutrição entérica do serviço, permitiu implementar respostas de enfermagem apropriadas prevenindo complicações e favorecendo o prognóstico.

Estas e outras intervenções de enfermagem especializadas neste contexto permitiram assistir a pessoa em situação crítica atendendo a todas as suas necessidades, melhorando a segurança e qualidade dos cuidados em contexto de cuidados intensivos.

Em contexto de emergência pré-hospitalar, para assistir a pessoa em situação crítica com segurança e qualidade, o enfermeiro deve

atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição, garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais (...), assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo (...) na unidade hospitalar de referência e ainda garantir adequada informação e acompanhamento à família, de forma a minimizar o seu sofrimento (OE, 2007, p.1-2).

Os enfermeiros da emergência pré-hospitalar intervêm face a situações complexas, atuando de forma rápida, estruturada e eficiente, de acordo com um conjunto de conhecimentos científicos e práticos na área da emergência e com eficiente poder de decisão.

Independentemente do meio onde se exerce funções, a abordagem inicial da vítima deverá constituir uma doutrina. Os enfermeiros que desempenham funções operacionais na emergência médica pré-hospitalar, sabem que através de uma abordagem inicial da vítima, estruturada e sequencial, muitas vidas podem e devem ser ganhas (INEM, 2012c).

Uma avaliação sistematizada, hierarquizada e precisa é das competências mais importantes em ambiente pré-hospitalar, pois permite estabelecer o melhor plano de abordagem e definir as prioridades de tratamento. O desenvolvimento de uma rotina de avaliação sistematizada, por parte dos enfermeiros, assegura que as condições com risco de vida sejam abordadas de forma prioritária em relação a outras.

A abordagem da vítima é a base da intervenção dos enfermeiros na emergência pré-hospitalar e ganha especial importância na SIV, pois a decisão de instituir um protocolo ou

outro, depende muito da precisão da avaliação realizada pelos enfermeiros. Estes, ao avaliarem a vítima, identificam-na como sendo crítica ou não e intervêm, seguindo os protocolos.

No contexto pré-hospitalar, abordei os doentes de forma sequencial e metódica, através da avaliação primária, segundo cinco etapas: A (via aérea), B (ventilação), C (circulação), D (disfunção neurológica), E (exposição com controle da temperatura); da avaliação secundária por segmentos e do inquérito dirigido ao doente ou pessoas presentes, seguindo a mnemónica CHAMU (circunstâncias da ocorrência, história de antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual e última refeição).

A partir das alterações apresentadas pelas vítimas, da avaliação primária e secundária realizadas e da identificação de focos de instabilidade, atuei seguindo as orientações dos protocolos mais adequados a cada situação, em multidisciplinidade com os TEPH e os médicos do CODU e da VMER.

Uma das situações, com a ativação da VMER, para apoio diferenciado a uma doente com dor torácica com 1 hora de evolução, permitiu-me implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações daí decorrentes.

À nossa chegada a vítima, encontrava-se já dentro da ambulância e os TEPH transmitiram-nos os dados.

Através da colheita de dados subjetivos e objetivos, constatei que o seu quadro clínico era sugestivo de edema agudo do pulmão. De forma antecipatória, cateterizei veia para a pronta administração de terapêutica endovenosa. A medicação instituída esteve de acordo com as recomendações da ESC (2013b) para a Insuficiência Cardíaca.

A administração de um bloqueador dopaminérgico e antiemético é recomendada para prevenir os efeitos secundários gastrointestinais dos opiáceos. Nesta situação, não houve orientação para administrar apesar da doente ter apresentado náuseas, situação discutida posteriormente com a equipa multidisciplinar.

Devido à deterioração da função respiratória e em antecipação à falência orgânica procedi à ventilação não invasiva através de CPAP, de forma a promover os efeitos hemodinâmicos (diminuição da frequência cardíaca, estabilização da pressão arterial e diminuição do preload) e os efeitos na ventilação (melhoria da oxigenação, diminuição rápida da frequência respiratória, melhoria rápida do Ph arterial e diminuição da necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva) tal como defendido por Vygon (s.d.). Após proceder à sua colocação, mantive a monitorização e vigilância dos efeitos hemodinâmicos e de ventilação.

Esta situação permitiu-me identificar focos de instabilidade, responder de forma antecipatória, executar cuidados técnicos de alta complexidade, antecipar e implementar respostas de enfermagem, monitorizar e avaliar a sua adequação.

Numa outra ocorrência, a SIV foi ativada para uma situação de dor torácica. Com condições de segurança, abordamos a doente que se encontrava consciente e iniciamos o inquérito dirigido, para uma avaliação inicial de enfermagem. Quando questionada, a sua queixa principal era dor no tórax à esquerda durante a deambulação, sem outros fatores precipitantes ou irradiação, que cessou com o repouso nos 30 minutos anteriores à nossa chegada. Referiu também parestesias nas mãos. Sem alterações na abordagem da via aérea, ventilação e circulação, procedi à monitorização para realização e transmissão do ECG de 12 derivações, para posterior avaliação pela equipa multidisciplinar do CODU.

No eletrocardiograma, pude observar QRS com duração superior a 0,12 segundos na derivação V1 e V2, assumindo uma morfologia rSR característica nos bloqueios de ramo direito. Considerando SCA provável e após validação médica, procedi de acordo com o protocolo de dor torácica, administrando terapêutica, monitorizando o traçado cardíaco e os sinais vitais.

As intervenções levadas a cabo, estão em concordância com as recomendações da ESC (2017) para os SCA sem elevação do ST, entre as quais a realização de um ECG de 12 derivações no período de 10 minutos após o primeiro contacto com a equipa de saúde, a administração de nitratos sublinguais e anti-inflamatórios não esteroides aos doentes sem contraindicações.

Esta situação permitiu-me demonstrar competências na identificação e antecipação dos focos de instabilidade, na execução de cuidados técnicos de alta complexidade e na avaliação dos resultados do plano de cuidados. Durante a avaliação das intervenções implementadas pude constatar que a vítima demonstrou preocupação com o seu estado de saúde e que o fato de apresentar alterações eletrocardiográfica, foi gerador de stress para a mesma. De forma a reduzir a sua ansiedade e promover a adaptação e controlo durante este processo de transição, geri o estabelecimento da relação terapêutica, incentivando a expressão das suas preocupações e emoções, esclarecendo em questões relacionadas com a minha área de competência.

A otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, no pré-hospitalar baseia-se muito na capacidade de avaliar e intervir estabelecendo prioridades. A sistematização, hierarquização e precisão da avaliação efetuada, é das ferramentas mais úteis em emergência pré-hospitalar, para gerir os cuidados, pois permite estabelecer o melhor

plano de abordagem e definir as prioridades de tratamento. Neste sentido, procurei atuar de forma sistematizada e precisa durante a avaliação aos doentes, estando atenta às prioridades e resolvendo os problemas identificados.

Apesar da gestão dos protocolos ser uma intervenção interdependente, a sua correta implementação depende muito da avaliação precisa do doente, que o enfermeiro efetua.

Numa das ocorrências, fomos ativados para socorrer uma doente que tinha sofrido uma síncope. Sendo esta decorrente de uma alteração do estado de consciência, a sua origem pode ter diversas causas. Segura, dos parâmetros a serem avaliados em cada uma das etapas, consecutivamente fui avaliando e excluindo protocolos de atuação. Conforme prossegui com a avaliação, os dados subjetivos e objetivos, remeteram-me para o protocolo das intoxicações.

Informada sobre a terapêutica habitual, que incluía benzodiazepinas, recorri à equipa multidisciplinar para obter validação para a atuação conforme o protocolo das intoxicações. Geri a administração do protocolo e monitorizei a adequação das intervenções aos problemas identificados.

Nesta situação foi importante também educar as cuidadoras para a gestão da medicação, uma vez que havia a suspeita de duplicação involuntária da mesma, por parte da doente. Neste sentido, o enfermeiro na emergência pré-hospitalar também tem a função de educar a população, para a prevenção de riscos em saúde.

Com o desenvolvimento de competências práticas na avaliação da vítima, fui compreendendo que de acordo com as situações, há intervenções que são prioritárias em relação a outras dentro de cada etapa (ABCDE).

O enfermeiro tem de ter uma grande capacidade para identificar prioridades de intervenção e uma perícia clínica apurada para intervir nas situações e identificar situações potenciais de agravamento do estado clínico das vítimas. Estas, exigem do enfermeiro maior perícia, atenção e conhecimentos pois são pessoas que apresentam maior instabilidade, apresentando falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, requerendo para tal, de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Uma das situações experienciada, permitiu-me verificar de que forma, o estabelecimento de prioridades e uma atuação imediata podem ser eficazes. A situação decorre de hemorragia no tórax de um doente, após cirurgia cardiotorácica.

Após apurar as circunstâncias da ocorrência e colher dados objetivos e subjetivos, observei o agravamento do seu estado por alterações hemodinâmicas.

Dando início às etapas da avaliação primária, verifiquei que não haviam alterações da via aérea. Na avaliação da ventilação, identifiquei a necessidade de iniciar oxigenoterapia. Relativamente à avaliação da circulação, observei que apresentava hemorragia sangrante na ferida cirúrgica, com penso de película transparente a reter o sangue no seu interior, funcionando como método de pressão direta para controlo da hemorragia e como tal, em decisão conjunta com a equipa, foi mantido.

Uma vez que apresentava hemorragia não controlada e repercussões hemodinâmicas, levei a cabo uma série de intervenções complexas de acordo com o protocolo de hemorragia (INEM, 2013).

Mantive-me atenta na identificação antecipada de focos de instabilidade, tal como o choque hipovolémico, ou de risco de falência orgânica cardiovascular.

Durante o transporte manteve alterações hemodinâmicas. Considerando o risco de hemodiluição e agravamento da hemorragia, contactei a equipa multidisciplinar, para prestar assistência adicional nas opções de resolução de problemas e intervi de acordo com as orientações.

Na unidade hospitalar, dirigimo-nos para a Unidade Cardiorácica, onde se encontrava a equipa de saúde preparada para receber a vítima. Procedi à transferência da informação tendo em consideração a comunicação efetiva durante a transferência da pessoa em situação crítica, já anteriormente referida.

A comunicação efetiva e a relação que se estabelece com os doentes e família também deverão ser foco de intervenção dos cuidados de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. No entender de Correia (2016) citando Alarcão e Rua, as competências dos enfermeiros podem-se dividir em cognitivas, técnicas e comunicacionais. O seu conhecimento técnico-científico, associado à relevância cada vez maior da tecnologia nos cuidados prestados, faz ascender a preocupação com a componente relacional.

Por tal motivo a comunicação em saúde, tem sido cada vez mais, alvo de investigação e reflexão, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente/família, como pelo facto de constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados.

Correia (2016) refere que as competências comunicacionais incluem o saber ouvir, estabelecer uma comunicação adequada às características do doente/família (ajustar a linguagem), realização de ensinamentos oportunos, registo sistemático da informação e estabelecimento de uma relação de ajuda e empática. Para Puggina et al. (2016) a

competência comunicacional permite ao profissional decodificar, decifrar e perceber mensagens emitidas pelo paciente e sua família, conduzindo-os para uma melhor interação e efetividade no cuidado prestado.

As dimensões culturais, psicológicas e religiosas envolvidas no processo de cuidar de um doente crítico e sua família não podem ser subestimadas. Na perspetiva de Silva (2012) é importante repensar a intervenção de enfermagem junto da família da pessoa em situação crítica no sentido de um melhor acompanhamento e envolvimento, assim como adequação de determinados procedimentos no âmbito da organização e acolhimento da família, neste contexto de cuidados.

Sempre que possível, estabeleci uma relação terapêutica com o doente crítico e sua família tornando-se mais desafiante para mim na sala de emergência, uma vez que só conseguimos estabelecer contacto com a família, depois de estabilizar o doente. Apesar disto, ao sair da sala de emergência tive o cuidado de mostrar-me disponível para esclarecer as suas questões, sempre dentro da minha área de competência, para atender aos seus medos e receios, proporcionando um pouco de fé ao mesmo tempo que direccionava o diálogo para a realidade e gravidade da situação. Tive em atenção a necessidade de adequar a comunicação à pessoa que estava a procurar o meu apoio/ajuda, promovendo uma escuta ativa e avaliando a resposta psico-emocional destes em relação ao acontecimento e à informação recebida.

No serviço de urgência o contacto com a família é uma necessidade sentida e partilhada pela equipa, sendo que é notório que existem elementos com mais habilidades para estabelecerem estes contactos e por tal razão, num dos turnos pedi colaboração do enfermeiro especialista em saúde mental, sendo uma mais-valia para o cuidado prestado aos familiares.

De acordo com Amaral (2013) o acolhimento dos familiares no SU é de extrema importância pois permite dar a conhecer a situação do doente, clarificar informações, validar/corrigir a perceção da situação, promover uma relação de confiança e adequar as práticas às necessidades da família. Assim, o processo de uma relação terapêutica, entre o enfermeiro, a família e a pessoa em situação crítica é estrutural para o cuidado de enfermagem, permitindo um cuidado humanizado, holístico e consequentemente facilitador para os processos de transição.

A comunicação com o doente crítico no SMI/UCIP processou-se atendendo que a maior parte dos doentes está sedado. Neste sentido intervi apresentando-me ao doente no início de cada turno, orientando-o no tempo e no espaço, atendendo à comunicação não-

verbal expressa pelo doente em sinais/manifestações faciais e corporais, explicando-lhe as circunstâncias do internamento, sua condição de saúde e melhoria da mesma, utilizando tom de voz calmo, informando-o dos cuidados que iam sendo prestados, estando atenta às respostas não-verbais apresentadas, incentivando a família a comunicar com o doente, durante as visitas, estando presente e informando-o da nossa presença.

Atendi também aos fatores perturbadores da comunicação, tais como alarmes, ruídos, presença de dispositivos e comunicação inter-equipa. Recorri ao toque terapêutico, quando adequado, avaliando a resposta ao mesmo. Relativamente à comunicação com a família no SMI/UCIP será abordada mais adiante.

Para promover o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e relacionais, no contexto pré-hospitalar, planeei a realização de um turno no CAPIC que se concretizou.

Durante um turno de quatro horas acompanhei a psicóloga de serviço no CODU e neste período tive a oportunidade de realizar uma entrevista informal com o objetivo de conhecer que estratégias poderão ser utilizadas em situações decorrentes de uma situação crítica. Através de um modelo de atuação, a comunicação poderá processar-se seguindo determinadas condutas que incluem a contextualização, o estabelecimento da relação, a segurança e conforto, a avaliação individual, a reaquisição do controlo de si, a reaquisição do controlo sobre o processo, o restabelecimento psicossocial, a promoção de coping adaptativo e a referenciação quando necessário.

Tendo estes conceitos em consideração, procedi à sua aplicação nas situações experienciadas. No entanto, este processo nem sempre foi possível. Um exemplo, em que estas estratégias seriam úteis se implementadas, foi uma situação de PCR para a qual a VMER foi ativada, encontrando-se a doente já cadáver à nossa chegada. Após o óbito declarado, a equipa de emergência deu os pêsames ao marido e ausentou-se do domicílio, ficando na estrada a aguardar pela PSP. Notei que o marido só se apercebeu do óbito no momento em que lhe deram os pêsames. Tentei ficar no domicílio para prestar apoio emocional e aplicar algumas das estratégias acima referidas, mas a equipa orientou-me para sair. Posteriormente questioneei se aquele era o procedimento habitual e refletindo sobre a nossa atuação, consciencializei a equipa para as reais necessidades do familiar da doente naquele momento e do sucesso que as nossas intervenções poderiam ter para evitar um luto patológico.

Assim, concluo que o processo de uma relação terapêutica, entre o enfermeiro, a família e a pessoa em situação crítica é estrutural para o cuidado de enfermagem, permitindo

um cuidado humanizado, holístico e consequentemente facilitador para os processos de transição.

Após tudo o que foi exposto, considero ter desenvolvido competências específicas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, demonstradas através das seguintes unidades de competência: presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, também é expectável que este saiba atuar em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Assim, irei explicar de que forma foi desenvolvida a aquisição de competências neste âmbito.

**Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da
concepção à acção.**

Perante um evento de catástrofe ou emergência multi-vítima, quer seja de natureza ambiental, social, industrial ou terrorista torna-se primordial a dinamização de respostas por parte dos profissionais de saúde, para controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade da população e qualidade de vida futura. (Santos & Rabiais, 2015). Segundo estes autores, além da resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o sucesso de uma intervenção eficiente depende grandemente de profissionais que possuem conhecimentos quanto ao planeamento e operacionalização dos planos de emergência, aliados à formação, treino específico e disciplina profissional.

Partindo deste pressuposto, o desenvolvimento de competências nesta esfera, ocorreu a partir da pesquisa e consulta dos planos de intervenção em catástrofe ou emergência multi-vítima das instituições onde ocorreram os estágios.

O conhecimento destes planos no âmbito pré-hospitalar e hospitalar a nível regional e posteriormente no âmbito pré-hospitalar a nível nacional, permitiu-me conhecer os princípios de atuação em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, nomeadamente

a coordenação da equipa e de meios, a triagem e os diferentes métodos, a identificação e gestão das vítimas, as situações clínicas mais frequentes de acordo com o tipo de catástrofe/emergência multi-vítima e intervenções imediatas, entre outros também referidos por Lennquist (2012).

No período que antecedeu os estágios tive a oportunidade de frequentar o curso de MRMI (Medical Response to Major Incidents), que proporcionou a aquisição de conhecimentos e práticas simuladas de situações de catástrofe e emergência multi-vítima.

Desta forma, o desenvolvimento de competências neste âmbito é demonstrado pelo conhecimento dos planos de catástrofe e emergência das instituições onde decorreram os estágios e sua articulação com os diversos parceiros estratégicos, bem como pela identificação e planeamento de resposta ante pessoas em situação simulada de emergência multi-vítima ou catástrofe.

Para além de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica e de dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, é reconhecida no enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, competência na prevenção e controlo de infeções, como demonstrado de seguida.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Em 2016, através do Despacho n.º 3844-A/2016 de 15 de março, o PPCIRA é considerado uma das áreas prioritárias para o SNS, necessárias para aumentar a qualidade da resposta hospitalar, minimizar as complicações potencialmente evitáveis e reduzir a incidência de eventos adversos.

A prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, tem sido fortemente associada à qualidade em saúde. Tanto o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica evidenciam a importância da mesma.

Em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) pelo Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro, com o objetivo de reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, bem como a taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Algumas das estratégias de prevenção do programa incluem a informação/educação,

vigilância epidemiológica, normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas (DGS, 2013b).

Estrategicamente, a Campanha da Higiene das Mãos implementada em 2009, demonstrou resultados positivos no ano de 2013 (FCG, 2015) embora ainda insuficientes para os resultados esperados. Em 2014 foi expandida, através da Campanha de Precauções Básicas de Controlo da Infecção instituída pela PPCIRA, com resultados a ultrapassarem os 70% (FCG citando DGS, 2015). Não obstante os resultados, o número de infeções hospitalares surge ainda como um problema major de saúde pública, o que levou à união de esforços entre a Fundação Calouste Gulbenkian e o Ministério da Saúde para a criação do Desafio Gulbenkain Stop Infecção Hospitalar, que visa a redução em 50% da incidência de infeções adquiridas em doze hospitais públicos, de entre os quais o SESARAM, E.P.E., no período de 3 anos (FCG, 2015).

No âmbito deste programa, são objeto de intervenção as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter vascular central, as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação, as pneumonias associadas à intubação em UCI e as infeções do local cirúrgico (FCG, 2015).

A emissão de normas e orientações clínicas e de “bundle” de práticas de controlo das infeções anteriormente descritas, permitem a formação de equipas de qualidade, a monitorização do cumprimento das práticas e a informação sobre o desempenho dos profissionais, como defendem Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010).

No entanto alguns estudos, têm demonstrado que a adoção de normas, orientações clínicas e protocolos é complexa e determinada por diversos fatores, tais como formação, recursos humanos e materiais, estrutura e clima organizacional, processos de trabalho, sensibilização e consciência do risco por parte dos profissionais, aspetos éticos e morais, autonomia profissional, entre outros, referidos por Rodrigues, Vlória, Fragoso, Beserra e Ramos(2016), Porto e Marziale (2016).

No SU e no SMI/UCIP, a higienização das mãos, a adoção de precauções básicas de controlo de infeção e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, são realidades distintas. No SU, pude verificar que o cumprimento dos feixes de intervenção associados ao cateter venoso central e à algaliação bem como a adoção de precauções básicas de controlo de infeção carece de formação, sensibilização, uniformização dos processos de trabalho e monitorização para melhores resultados.

Exemplo disto, foi a admissão de um doente crítico na sala de emergência, que após a sua estabilização, a equipa multidisciplinar decidiu proceder à colocação de um cateter

venoso central e ao cateterismo vesical, antes da sua transferência para o SMI/UCIP. Procedi com o cateterismo vesical cumprindo com os feixes de intervenção da norma nº 019/2015 “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical” da DGS e o procedimento nº 13 do Manual do grupo de coordenação do PPCIRA relativo à prevenção da infecção do trato urinário associado à algaliação. Verifiquei que durante a colocação do cateter venoso central não foram cumpridos todos os feixes de intervenções, nomeadamente a utilização de precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por todos os circunstantes num raio de dois metros.

Esta ocorrência, levou-me a discutir o assunto com a equipa de enfermagem, no sentido de encontrar estratégias de melhoria. Pude compreender que o carácter crítico dos doentes admitidos na sala de emergência provoca nos enfermeiros, um sentimento de atuação emergente priorizando a sobrevivência do doente em detrimento da prevenção da infecção.

Se tivermos em consideração que as IACS constituem um problema de saúde major devido à elevada morbimortalidade, tal como já foi comprovado pela evidência epidemiológica da DGS, a necessidade de evitá-las e prevenir a mortalidade a longo prazo, será tão importante como prevenir a mortalidade dentro da sala de emergência.

A identificação dos principais riscos de infecção associados à prestação dos cuidados de saúde na sala de emergência, a identificação do carácter urgente de cada intervenção e a reflexão sobre as consequências a longo prazo do incumprimento dos feixes de intervenção, tornam-se fulcrais para uma mudança de paradigma na abordagem das IACS, necessária no SU.

Servir como modelo no cumprimento dos feixes de intervenções na sala de emergência e partilhar as conclusões da minha reflexão com os enfermeiros, serviu como complemento para promover a mudança de paradigma na abordagem das IACS no SU e desempenhar um papel dinamizador para a qualidade dos cuidados prestados.

Neste âmbito de atuação, no SMI/UCIP, a implementação do projeto Stop Infecção Hospitalar é uma prioridade, envolvendo todos os profissionais. Desde a higienização das mãos, a adoção de precauções básicas de controlo de infecção até a prevenção de infeções associadas à intubação orotraqueal, ao cateter venoso central e à algaliação, existe um programa de formação, implementação e avaliação através de auditorias.

Durante o estágio, tive a possibilidade de avaliar o risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão dos doentes, de proceder ao seu isolamento de acordo com o grau de risco, de adotar medidas de precauções básicas de controlo de infecção adequadas a cada situação, de implementar planos de cuidados no âmbito do risco de infecção associada aos

cuidados de enfermagem, de cumprir com as diretrizes das normas da DGS na colaboração de procedimentos para a colocação de dispositivos invasivos, de prevenir infeções associadas aos mesmos, de supervisionar as assistentes operacionais nas tarefas delegadas relativas à infeção hospitalar e de educar as visitas para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Um exemplo prático, está relacionado com o protocolo da prevenção da transmissão cruzada da colonização/infeção por MRSA. Através da avaliação dos fatores de risco para MRSA à admissão, pude verificar que todos os doentes admitidos no SMI/UCIP, são de risco para infeção por MRSA, pela presença de dispositivos invasivos. Como tal tive que proceder à gestão do protocolo tendo em atenção algumas particularidades dos doentes, como por exemplo existência de tubo orotraqueal ou de feridas e o resultado da zaragatoas colhidas.

Outros exemplos, relacionaram-se com o cumprimento das normas nº 09/2015, nº 021/2015 e nº 022/2015 da DGS, respetivas ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação e ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Todos estes procedimentos, permitiram-me otimizar as práticas e contribuir para os indicadores da qualidade dos cuidados de saúde no serviço.

A maximização de intervenções na prevenção e controlo da infeção em contexto pré-hospitalar pode ser complexa, uma vez que a gravidade da vítima e a necessidade de realizar procedimentos emergentes ameaçam a otimização das intervenções.

Por vezes a situação clínica do doente é extremamente grave e o contexto onde é estabilizado, não é propício ao cumprimento dos princípios. Esta situação, ocorreu ao cuidar de um doente com hemorragia grave e em situação crítica. A prioridade de intervenção obrigou a equipa a uma atuação imediata e como tal, o único equipamento de proteção utilizado foram as luvas. Em situações semelhantes a esta, os profissionais ficam expostos a diversos riscos de infeção, contaminação e acidentes, principalmente, por manusearem materiais orgânicos de vítimas com antecedentes desconhecidos, podendo ocorrer infeção cruzada de microrganismos entre os profissionais e outras vítimas, o que reforça a necessidade de utilização de equipamento de proteção de acordo com as situações.

Além disto, na situação anteriormente exposta, a urgência para cateterizar um acesso venoso, levou a que a cateterização periférica fosse realizada sem cumprir com as condições ótimas de assépsia. Estes e outros procedimentos invasivos aumentam os riscos

associados de infeção, pois provocam uma quebra nos mecanismos de proteção e defesas naturais do doente podendo ter repercussões graves.

Em contrapartida estas questões remetem-nos para outras relacionadas com a ética do cuidar. Embora seja importante prevenir as IACS no pré-hospitalar, mais importante ainda é salvar a vida do doente. No entanto é importante manter o equilíbrio entre a necessidade de procedimentos assépticos e a realização de técnicas de *life saving*.

Uma vez que a limpeza e manutenção dos compartimentos e equipamentos constituintes das ambulâncias, são medidas fundamentais para a prevenção de transmissão de infeção e para o controlo da qualidade em ambiente pré-hospitalar, em colaboração com a equipa multidisciplinar pude proceder à limpeza e descontaminação de todo o equipamento utilizado, após cada situação e de acordo com as normas do instituto.

Associada também à prevenção e controlo das infeções neste contexto, está a correta triagem dos resíduos. Por forma a prevenir infeções, contaminações e acidentes, responsabilizei-me pela correta triagem dos resíduos, de acordo com as normas do INEM.

Estas intervenções permitiram-me demonstrar conhecimentos e sensibilidade relativamente à prevenção das IACS na área pré-hospitalar.

No que respeita a maximizar a prevenção e controlo da infeção, através das intervenções, colaborei para o sucesso dos projetos institucionais e nacionais, procedendo de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, para dar resposta às necessidades dos contextos de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

O desenvolvimento de competências específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica, demonstradas através das suas competências e unidades de competência, emergiram das experiências decorridas nos estágios e foram aqui descritas e analisadas através de um processo reflexivo.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, compete igualmente desenvolver competências no cuidar da pessoa em situação crónica e paliativa. Neste sentido o próximo subcapítulo, evidencia o desenvolvimento de competências nesse domínio.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

O aumento da esperança de vida e das doenças crónicas e terminais, tem tido um impacto significativo na organização dos sistemas de saúde e na disponibilização de recursos

para responder à crescente necessidade de cuidados específicos nesta área. O doente com doença crónica e terminal, a maior parte das vezes recorre aos serviços de saúde numa fase de instabilidade da doença ou de final de vida, tornando-se mais presente no quotidiano dos enfermeiros. Decorrente desta situação, estes, devem cuidar de forma holística, cientes de que nem sempre a prioridade é manter a vida em si, mas sim mantê-la com dignidade, mesmo que isso signifique apoiar na morte.

Nesta ordem de ideias, Silveira et al. (2016) acrescentam que o cuidado paliativo começa quando o cuidado curativo deixa de ser o propósito principal e que a mudança deste paradigma, é um processo que depende dos profissionais, bem como dos seus conhecimentos para essa interface do cuidado.

Dada a importância da abordagem multidisciplinar, cabe ao enfermeiro especialista assistir o doente, com prognóstico de vida limitado e sua família, nas suas necessidades em várias vertentes, como demonstrado de seguida.

Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Os cuidados paliativos, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), são uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável, grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Atendendo ao facto de que os doentes com doença crónica, incapacitante e terminal, são alvo de cuidados de enfermagem em contextos de SU, UCI e pré-hospitalar, importa ressaltar a importância das intervenções especializadas do enfermeiro para dar resposta às reais necessidades destes doentes, nestes contextos.

Posto isto, tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente em fase final de vida no SU. Identificando que este se encontrava em fase agónica com diminuição do estado de consciência, desorientação e falência orgânica, discuti com o enfermeiro tutor a

necessidade de adequar as intervenções de enfermagem para a prestação de cuidados em fase agónica, de modo a promover o máximo de conforto e uma morte digna. Neste sentido, intervi junto à equipa multidisciplinar, discutindo com a mesma sobre a necessidade de manter a medicação endovenosa/procedimentos invasivos no doente e questionei sobre a possibilidade de controlar os sintomas através de medidas farmacológicas adequadas, utilizadas em cuidados paliativos. Não obtendo colaboração para o controlo de sintomas, recorri a medidas de intervenção autónoma como, gestão da analgesia prescrita em SOS para o controlo da dor, manutenção dos cuidados orais, posicionamento de acordo com o desejo do doente e redução da frequência de alternância de decúbito.

À necessidade de assistir o doente nesta fase, acresce também a necessidade de assistir a família. Apercebi-me que no seu estado confusional, o doente repetia frequentemente um determinado nome e verificando no processo clínico, apercebi-me que correspondia a um neto. Entrei em contacto com o mesmo, tendo este se deslocado posteriormente até ao hospital.

Em antecedência à visita, conversei com o neto, recorrendo às estratégias do Protocolo de Buckman. Apesar da dificuldade em promover um ambiente propício para tal, dado o meio envolvente do SU, consegui perceber que este estava ciente da situação real do doente e que o seu desejo era permanecer junto ao mesmo. Demonstrando empatia, disponibilizei-me para ajudá-lo nesse plano e promovi privacidade para tal.

Esta situação, levou-me a refletir sobre a importância do enfermeiro especialista para identificar estas situações e para proporcionar, de acordo com a realidade da urgência, uma morte humanizada.

Considero, que através destas intervenções demonstrei à equipa, que em qualquer contexto da prática podemos implementar planos que promovam a filosofia dos cuidados paliativos. Compreendendo melhor a morte como parte do ciclo vital e evitando a sobrevalorização dos cuidados técnicos em detrimento dos aspetos emocionais, sociais e psicológicos, o enfermeiro especialista poderá ser o reflexo de que é possível morrer com dignidade no SU, através do real atendimento das necessidades dos doentes com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares.

Atender às necessidades da família dos doentes com doença crónica incapacitante e terminal no SMI/UCIP, tornou-se objeto de intervenção, pela ameaça de finitude da vida sentida pela mesma. Assim, o enfermeiro especialista, tendo a família como foco de atenção das suas intervenções, necessita de apoiá-la de modo continuado, nas perdas sucessivas,

decorrentes do internamento e assisti-la nas reações adaptativas à nova situação de saúde do doente, bem como na resolução da crise familiar daí resultante, entendida como

desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz (ICN, 2014, p.46).

Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2007) explica que a doença grave quebra a homeostasia familiar e no sentido de prevenir situações de claudicação, é essencial que esta seja e se sinta apoiada.

Desta forma, numa situação particular, recorri a algumas estratégias, para ajudar a família de um doente com polineuropatia alcoólica e mau prognóstico.

A promoção de intervenções junto da família passou por acolher os elementos da família aquando das visitas ao doente, adequar a comunicação às capacidades cognitivas de cada pessoa, explicar procedimentos, estado do doente e complexidade tecnológica, bem como acompanhar a família nos períodos de visita quando solicitada.

Do plano de cuidados também fizeram parte intervenções como prestar apoio emocional através do estabelecimento da relação de ajuda, promover a escuta ativa, identificar estratégias de *coping*, incentivar a comunicação entre os membros e entre estes e o doente, avaliar a perceção real da situação por parte da família, avaliar a situação do domicílio identificando estratégias de adaptação e rede de apoio, identificar desejos e rituais do doente e família face a uma situação de alteração/agravamento da situação clínica ou morte, apoiar a família no processo de angústia da separação pelo internamento, confortar os membros recorrendo ao toque quando adequado e promover a expressão de sentimentos bem como o silêncio.

Estas intervenções demonstraram-se úteis para estabelecer relação terapêutica com os familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas causadas pelo internamento do seu familiar no SMI/UCIP, respeitando a singularidade e autonomia individual, durante esse processo, indo de encontro ao que é dito por Carvalho (2007) da importância de a equipa ter em conta a individualidade de cada família uma vez que não existem formas padrão de reagir e encarar os factos.

O estabelecimento desta relação terapêutica, deverá iniciar-se desde o primeiro contacto. Na perspetiva de Simões e Lima (2007) o apoio ao doente e família inicia-se no primeiro contacto e decorre ao longo de toda a fase da doença, estendendo-se após a morte, durante o processo de luto. Por vezes em emergência pré-hospitalar, a função do enfermeiro

especialista é manter esta relação terapêutica na abordagem paliativa destes doentes no domicílio.

Numa das ocorrências, fomos ativados para uma situação de alteração do estado de consciência. Durante a abordagem à doente, fomos informados pela família que lhe tinha sido diagnosticado, um glioblastoma em fase avançada e que estavam cientes que era uma situação terminal. Quando aprofundamos as razões que levaram ao contacto do serviço de emergência pré-hospitalar, compreendemos que o real motivo era a recusa alimentar apresentada nos últimos dois dias. Através da comunicação assertiva, clarifiquei à família que este era um processo fisiológico da evolução da doença.

Tentei explorar se eram acompanhados por uma equipa de cuidados paliativos e se tinham em conjunto com esta, estabelecido um plano de cuidados individualizado, em antecipação à fase agónica da doença. Informaram que a doente era seguida num hospital privado e entraram em contacto com o médico assistente para que este, conferenciasse connosco. Pude perceber que apesar desta família conhecer o diagnóstico e prognóstico, não estava informada sobre a sintomatologia associada ao fim de vida.

Após discussão entre a equipa multidisciplinar e os familiares foi decidido não transportar a doente para o hospital. No entanto, dado o estado de ansiedade da família, o médico assistente pediu que colocássemos uma sonda nasogástrica à doente para que esta fosse alimentada durante o fim de semana, sendo a alimentação assegurada pela ajudante domiciliária do hospital privado.

Apesar do dilema ético decorrente da situação e dada a sensibilidade da questão, tivemos em conta a tomada de decisão dos familiares para proceder à entubação nasogástrica, mesmo após terem sido informados que esta era uma medida desadequada e geradora de maior incómodo para a doente. Reconhecendo que esta intervenção era mais uma necessidade da família do que propriamente da doente, devido à proximidade sentida da sua perda e também à falta de conhecimentos, apoiamo-la, respeitando a sua decisão sem julgamentos.

Considerando que a entrada na fase agónica é sinónimo de intensificação dos cuidados à família defendida por Barbosa e Neto (2010) seria necessária uma intervenção mais específica junto a esta família, que em contexto pré-hospitalar não foi possível efetuar na íntegra. Neste sentido, fomos de encontro às ideias de Fradique (2010) no que concerne à família do doente sob cuidados paliativos ser parte integrante da equipa de cuidados e os cuidados paliativos incluírem também a assistência à mesma nas suas perdas.

Partindo das situações experienciadas e descritas, demonstro ter desenvolvido competências específicas especializadas em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, através da identificação e promoção das intervenções necessárias para cuidar das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal seus cuidadores e familiares, do envolvimento destes para otimizar os resultados, da colaboração com a equipa multidisciplinar, do respeito pela singularidade e autonomia individual, reconhecendo os efeitos da natureza do cuidar, na pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores, familiares e membros da equipa.

Através deste subcapítulo, ficou demonstrado que o desenvolvimento de competências específicas especializadas em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa é possível e essencial em qualquer contexto da prática. A identificação destas situações, por profissionais de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, vai permitir outra visão das realidades dos serviços e intervenções mais adequadas às necessidades individuais.

CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, são cuidados que tem na sua essência as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.

Para a aquisição de competências nesta área, os estágios realizados no Serviço de Urgência do SESARAM, E.P.E. e no SEMER que integra a EMIR, do Serviço Regional de Proteção Civil, IP- RAM, no Serviço de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do SESARAM, E.P.E e no Instituto Nacional de Emergência Médica na Delegação Sul, em Lisboa, foram vetores essenciais que proporcionaram experiências diversificadas promotoras do desenvolvimento profissional em enfermagem médico cirúrgica. Sendo referências no contexto de saúde regional e nacional, revelaram-se indubitavelmente propícios para a especialização.

A elaboração do presente relatório de estágio sobre Competências de Enfermagem Especializadas na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica no Pré e Intra Hospitalar, resultou de um processo de construção, assente numa prática implicada e refletida, através do qual, descrevi experiências, demonstrei conhecimentos confrontando-os com a prática e refleti sobre as intervenções desempenhadas e competências desenvolvidas, evidenciando a mestria em enfermagem, como objetivei.

A análise, foi realizada mediante as competências definidas pelo Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro, relativo a todos os enfermeiros especialistas e pelos Regulamentos nº 124/2011 de 18 de fevereiro e nº 188/2015 de 22 de abril respeitantes aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Neste sentido, relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista refleti sobre questões relacionadas com o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As reflexões sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica foram expressas tendo em conta as competências descritas no regulamento, nomeadamente “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”; “Maximiza a intervenção na prevenção e

controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” e as unidades de competências afetas a cada uma.

De forma idêntica, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa foram reveladas tendo em conta as competências descritas no regulamento, particularmente “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares” e “Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares” bem como as suas unidades de competências descritas.

As particularidades inerentes aos contextos de estágios e a relação estabelecida com os doentes, famílias e equipa multidisciplinar foram fatores propícios para atingir com sucesso esta etapa profissional. A supervisão por parte de tutores especialistas reconhecidos profissionalmente entre a equipa, facilitou o processo de aprendizagem e ajudou na confrontação entre o conhecimento científico e a prática. O meu interesse, dedicação, empenho e sentido crítico revelaram-se ferramentas essenciais para a compreensão dos fenómenos de enfermagem relacionados com a área de especialização.

Por outro lado, a dificuldade inicial de integrar-me na dinâmica específica dos serviços, a inexperiência nestes contextos, o esforço extra físico e psicológico que esta etapa envolveu e a desmotivação por vezes presente funcionaram como um estímulo necessário para a adaptação ao novo desempenho.

No entanto, através de todo este processo, considero ter desenvolvido competências especializadas para assistir os doentes e famílias nas transições que ocorrem ao longo da vida, promovendo a adaptação, a consciencialização, o empoderamento e controle.

Para além das competências inerentes à especialização, desenvolvi competências do 2º ciclo do ensino superior conducentes ao grau de mestre, demonstradas pela capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e contextos distintos, de integração de novos conhecimentos, de reflexão sobre questões complexas, desenvolvendo soluções e comunicando conclusões, somando à capacidade de aprendizagens auto-orientadas e autónomas.

Tenho consciência que a conclusão deste percurso vai dar início a outro, onde as competências vão ditar o reconhecimento pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. C. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(4), 181-190. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/23.pdf>.
- Afonso, P. L. (2009). *Liderança elementos chaves do processo*. Lisboa: Escolar Editora.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva do desenvolvimento e da aprendizagem* (2ª ed). Coimbra: Almedina.
- Alves, M. A. (2004). *Etapas da Metodologia de Projeto*. Lisboa: Editora Caminho.
- Amaral, C. (2013). *O papel do enfermeiro no contexto da doação*. In 2ª Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa.
- American College of Surgeons. (2011). *ATLS: Suporte avançado de vida no trauma para médicos* (9ª ed). Chicago: Autor.
- American Heart Association. (2011). Importance and Implementation of Training in Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillation in Schools. *Circulation*, 1-16, doi: 10.1161/CIR.0b013e31820b5328.
- Barbosa, A., Neto, I. G. (2010) Manual de cuidados paliativos (2a ed). Lisboa: Autor.
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M. Williamson, D., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 9-19, doi: 10.1016/j.iccn.2012.07.001.
- Brykczynski, K. A. (2004). *Patrícia Benner de iniciado a principiante: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra Modelos e Teorias de Enfermagem* (A. R. Albuquerque, Trad.) (5ª ed) (pp. 185-210). Loures: Lusociência.

- Cabral, D. M. G. C. (2006). Supervisão clínica: onde estamos? Para onde queremos ir?. *Informar*, (37), 64-70.
- Caetano, K. C. & Falkembach, A. M. (2005). Quadrinhos digitais: uma proposta lúdica no ensino em enfermagem. *Novas Tecnologias da Educação*, 3(2), 1-11. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/13944/7845>.
- Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1), 1-9, doi: 10.1590/S0104-11692012000100025.
- Carpenito-Moyet, L. (2011). *Manual de diagnósticos de enfermagem* (R. M. Garcez, Trad.) (13ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Carvalho, M. L. G. (2007). Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. *Nursing*, (227), 36-40.
- Comeau, O., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. (2015). Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16-25 doi: 10.4037/ccn2015991.
- Correia, J. A. C. (2016). Violência no trabalho dos enfermeiros no serviço de urgência. (Tese Dissertação Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Costa, S. C., Figueiredo, M. R. B., & Schaurich, D. (2009). Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): Compreensões da equipe de enfermagem. *Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 571-580. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>
- Coutinho, A. A. P., Cecílio, L. C. O., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: Uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. *Revista Medicina de Minas Gerais*, 22(2), 188-198. Disponível em www.rmmg.org/exportar-pdf/101/v22n2a10.pdf

- Dantas, I. E. F., Oliveira, T. T., & Neto, C. D. M. (2014). Epidemiologia do Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) no nordeste no ano de 2012. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. 4(1), 18-23. Disponível em <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2573/1985>
- Dicionários Editora. (2007). *Dicionário da língua portuguesa: 2008*. Porto: Porto Editora.
- Direção Regional de Estatística da Madeira (2016). *Estatísticas demográficas da região autónoma da madeira: Ano 2015*. Funchal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Manual de acreditação de unidades de saúde: Hospitais*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Acreditação em Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Manual de standards: Unidades de urgência e emergência*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Acreditação da qualidade de nível bom: Serviço de medicina intensiva*. Disponível em https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=705.
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Autor.
- Dixe, M. A. C. R. & Gomes, J. C. R. (2015). Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 49(4), 640-649, doi: 10.1590/S0080-623420150000400015.
- Douenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2010). Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico. (J. P. Bastos, R. Azevedo, S. F. Ribeiro, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução

do original inglês Application of nursing process and nursing diagnosis: Na interactive texto for diagnostic reasonig, 5th ed., 2008, s.l.: Davis Company).

Duro, C.L.M.; Lima, M.A.D.S. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergência: análise da literatura, *Online Brazilian Journal of Nursing*. 9 (3), doi: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/104461>

European Ressuscitation Council. (2010). Recomendações 2010 para a reanimação do european resuscitation council (Conselho Português de Ressuscitação, Trad.). Niel: Autor. Disponível em <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>

European Society of Cardiology. (2013a). *Recomendações para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio em doentes com elevação persistente do segmento st: versão 2012* (Traversões, Trad.). Sophia Antipolis: Autor. doi:10.1093/eurheartj/ehs215

European Society of Cardiology. (2013b). *Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica: versão 2012* (Traversões, Trad.). Sophia Antipolis: Autor. doi: 10.1093/eurheartj/ehs104

European Society of Cardiology. (2017). *Recomendações para o tratamento das síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento st: versão 2015* (I. M. Ribeiro, Trad.). Sophia Antipolis: Autor. doi: 10.1093/eurheartj/ehv 320

Fagundes, N. C., Rangel, A. G. C., Carneiro, T. M., Castro, L. M. C., & Gomes, B. S. (2016). Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Revista de enfermagem UERJ*, 24(1), 1-6, doi: 10.12957/reuerj.2016.11349.

Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Ferreira, M. F. & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(18), 85-93. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a09.pdf>.

- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, (5), 183-196. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em estágios de enfermagem: Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.
- Fradique, E. M. S. (2010). *Efetividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *O futuro para a saúde: Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Autor.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Stop infeção hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. Lisboa: Autor.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. P. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>.
- Garcia, T. & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e pesquisa. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 13(1), 188-193. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>.
- Graveto, J. M. G. N. (2005). *Construcción y validación de una escala de percepción personal de competencias profesionales del prelicenciado en enfermería*. (Tese de doutoramento). Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Sociología de la Educacion, Badajoz.
- Hodgson, B. B., Kizior, R. J. (2002). *Saunders: Nursing drug handbook 2002*. EUA: Saunders Company.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2009). *Qualidade*. Disponível em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=43897.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). *Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Manual de emergência médica*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012c). *Manual de abordagem à vítima*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Protocolo Ambulância SIV: Hemorragia*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015). *Política Integrada: Qualidade, ambiente e segurança do INEM*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016a). *Carteira de Serviços INEM*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2016b). *Relatório de Atividades e Contas 2015*. Lisboa: Autor.

Internacional Council of Nurses. (2014). CIPE versão 2011: Classificação internacional para a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Genebra: Autor.

Lakanmaa, R. L. (2012). *Competence in intensive and critical care nursing: development of a basic assessment scale for graduating nursing students*. Turku: Painosalama Oy. Disponível em <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/76824/Annales%20D%201014%20Lakanmaa%20DISS.pdf?sequence=1>

Le Bofert, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a avaliar. *Pessoal*, (6), 60-63. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

Lenquist, S. (2012). *Medical response to major incidents and disasters*. Berlin: Autor.

Lipman, B. C., Cascio, T. (2001). *ECG: Avaliação e interpretação* (A. R. Albuquerque, Trad). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês ECG: Assessment and interpretation, 1994, Philadelphia: Davis Company).

- Machado, J. & Alves, J. M. (2016). *Professores e escolas: Conhecimento, formação e ação*. Disponível em <http://www.uceditora.ucp.pt/resources/Documentos/UCEditora/PDF%20Livros/Porto/Professores%20e%20Escolas.pdf>
- Machado, N. J. B. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. (Tese Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-9, doi: 10.1590/0104-07072016004470014.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, Trad.) (8ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Phipps' medical surgical nursing, 8th ed., 2007, New York: Elsevier).
- Moyano, L. G. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermeira. *Acta Bioethica*, 21(2), 311-317. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>
- Moyano, L. G., García, B. P., & Alberdi, O. A. (2016). La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 16(1), 72-79, doi: 10.18359/rlbi.1442.
- Nascimento, E. R. P. & Trentini, M.O. (2004) Cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 12(2), 250-257. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a15.pdf>.
- Newman, S. & Lawler, J. (2009). Managing health care under new public management: A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology*, 45(4), 419–432.
- Nogueira, V. O., Marim, F., & Cunha, I. (2005). Informações on-line sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. *Acta Paulina Enfermagem*, 18 (4), 390-396. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a07v18n4.pdf>.

- Nunes, E. C. D. A., Silva, L. W. S., & Pires, E. P. O. R. (2011). O ensino superior de enfermagem: Implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 19(2), 1-9. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_05.pdf.
- Oliveira, L. M. N. (2015). *Tradução e validação da Nurse Competence Scale para a população portuguesa: Um estudo em hospitais portugueses*. (Tese Doutoral). Universidade de Extremadura: Badajoz.
- Oliveira, P. S., Nóbrega, M. M .L., Silva, A. T., & Filha, M. O. F. (2005) Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 54-63, doi: 10.5216/ree.v7i1.861
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Do caminho percorrido e das propostas: Análise do primeiro mandato – 1999- 2003*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Lisboa: Autor.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2015), OECD Reviews of health care quality: Portugal 2015: Raising standards, Paris: Autor. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
- Osho. (2003). *Maturidade: A importância de ser autêntico*. (E. Vaz, Trad). Cascais: Pergaminho. (tradução do original inglês The responsibility of being oneself, 1999, New York: Osho International Foundation).
- Perão, O. F., Bub, M. B. C., Rodriguez, A. H., & Zandonadi, G. C. (2014). Gravidade de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermare*, 19(2), 261-268. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33750/22732>.

- Pereira, M. M. S. (2012). Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *CuidArte Enfermagem*, 6(2), 101-108. Disponível em <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (N. Salgueiro & R. P. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original francês *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, 2002, Montréal: Editions de la Chenelière)
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>.
- Pinto, P. S. (2013). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing*, (259), 1-7. Disponível em <http://www.nursing.pt/protocolos-no-servico-de-urgencia>.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (14 jul. 2009). Lei n.º 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República n.º 134, I Série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (15 mar. 2013). Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013: Recomenda ao Governo que introduza no 3.º ciclo do ensino básico das escolas nacionais uma formação, de frequência obrigatória, em Suporte Básico de Vida. *Diário da República n.º 53, I Série*.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 jul. 2012). Lei n.º 25/2012: Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República n.º 136, I Série*.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2009). Lei n.º 111/2009: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República n.º 180, I Série.*

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República n.º 181, I Série.*

PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar. 2014). Lei n.º 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da república n.º 57, I Série.*

PORTUGAL. Assembleia da República. (26 out. 1998). Lei n.º 67/1998: Lei da Protecção de Dados Pessoais (transpõe para a ordem jurí- dica portuguesa a Directiva n.º 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). *Diário da República n.º 247, I Série-A.*

PORTUGAL. Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira. (30 jun. 2009). Decreto Legislativo Regional n.º 17/2009/M: Cria o Serviço Regional de Protecção Civil, IP -RAM e aprova a respectiva orgânica. *Diário da República n.º 124, I Série.*

PORTUGAL. Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira. (30 dez. 2009). Decreto Legislativo Regional n.º 31/2009/M: Adapta à Região Autónoma da Madeira o Decreto -Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de actos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos. *Diário da República n.º 251, I Série.*

PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (27 mai. 2015). Despacho n.º 5613/2015: Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República n.º 102, II Série.*

- PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400A/2015: plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República n.º 28, II Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2 fev. 2015). Despacho n.º 1057/2015. *Diário da República n.º 22, II Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (22 fev. 2013). Despacho n.º 2902/2013. *Diário da República n.º 38, II Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (15 mar. 2016). Despacho n.º 3844-A/2016. *Diário da República n.º 52, II Série*.
- PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (15 mar. 2016). Despacho n.º 3844-A/2016. *Diário da República n.º 52, II Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 mar. 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República n.º 60, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (12 ago. 2009). Decreto-Lei n.º 188/2009. *Diário da República n.º 155, I Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (14 fev. 2012). Decreto-Lei n.º 34/2012. *Diário da República n.º 32, I Série*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 abr. 1998). Decreto-Lei n.º 104/1998. *Diário da República n.º 93, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 015/2013. 2013-10-03. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 002/2015. 2015-03-06. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 019/2015. 2015-12-15. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 022/2015. 2015-12-16. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 021/2015. 2015-12-16. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2013. 2013-10-03. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (22 abr. 2015). Regulamento nº 188/2015: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República* nº 78, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun 2015). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* nº 123, II Série.

Puggina, A. C. G., Trovo, M. M., Biondo, C. A., Barbosa, I. A., Santos, M., & Silva, M. J. P. (2016). Diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada na prática clínica: Uma revisão integrativa. *REFACS*, 4(2), 135-144, doi: 10.18554/refacs.v4i2.1644.

- Rodrigues, A. N., Vlória, L., Fragoso, C., Beserra, F. M., & Ramos, I. C. (2016). Impactos e fatores determinantes no bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Brasileira Enfermagem*, 69(6), 1108-1114, doi:10.1590/0034-7167-2016-0253.
- Santos, A. P. L. & Ferrão, S. A. S. (2015) Comunicação efetiva na transferência da pessoa em situação crítica: Revisão da literatura. *ResearchGate*, 1-34. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Ana_Patricia_Santos/publication/272892569_Comunicacao_Efetiva_na_Transferencia_da_Pessoa_em_Situacao_Critica_Revisao_da_Literatura/links/54f3133b0cf299c8d9e4edf4/Comunicacao-Efetiva-na-Transferencia-da-Pessoa-em-Situacao-Critica-Revisao-da-Literatura.pdf?origin=publication_detail
- Santos, J. L. G., & Lima, M. A. D. S. (2011). Gerenciamento do cuidado: Ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(4), 695-702, doi: 10.1590/S1983-14472011000400009.
- Santos, J. L. G., Lima, M. A. D. S., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & Erdmann, A. L. (2013) Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paulista Enfermagem*, 26(2), 36-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a06.pdf>.
- Santos, P. A. & Rabiais, I. M. (2015). Enfermagem de catástrofe: Preparação para o desenvolvimento de competências. In 9th International Seminar on Nursing Research Proceedings, Porto.
- Sasson, C., Rogers, M. A. M., Dahl, J., & Kellermann, A. L. (2010). Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest a systematic review and meta-analysis. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes Journal*, (3), 63-81, doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576.
- Secretaria Regional da Saúde (2015). *A Saúde com as pessoas: PRS 2011-2016/ Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde Extensão a 2020*. Funchal: Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais.

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, M. N. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>.

Serviço de Saúde da RAM. (2015a). *Cuidados Hospitalares: Produção Anual (Ano 2014 Vs Ano 2015)*. Disponível em https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=select&id=428.

Serviço de Saúde da RAM. (2015b). *Movimento Assistencial do Internamento*. Disponível em https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=select&id=428.

Serviço de Saúde da RAM. (s.d.a). *Serviço de Medicina intensiva apresentação*. Disponível em <https://www.sesaram.pt/smi/>.

Serviço de Saúde da RAM. (s.d.b). *Serviço de Medicina Intensiva. Carteira de Serviços*. Disponível em https://www.sesaram.pt/smi/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=173.

Silva, A. (2012). *A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos – Vivências da família*. (Tese de Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Viana do Castelo.

Silva, D. & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Revista ISPV*, (30), 103-118. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>.

Silveira, N. R., Nascimento, E. R. P., Rosa, L. M., Jung, W., Martins, S. R., & Fontes, M. S. (2016). Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: Sentimentos que ficam. *Revista Brasileira Enfermagem*, 69 (6), 1074-1081, doi: 10.1590/0034-7167-2016-0267.

Simões, S. C. A. & Lima, P. R. V. (2007). O luto. *Nursing*, (227), 45-48.

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). *Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor*. s.l.: Autor.
- Society of Critical Care Medicine. (2007). *Fundamental Critical Care Support* (4ª ed.). Illinois: USA.
- Souza, C. C., Araújo, F. A., Chianca, T. C. M. (2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do protocolo de manchester: Revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-151, doi: 10.1590/S0080-623420150000100019.
- Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2016). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: Um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101-104, doi: 10.1016/j.rpsp.2015.06.006.
- Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Theelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (L. Abecasis, F. A. Silva, M. T. Leal, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Thelan's critical care nursing, 5th ed., 2006, New York: Mosby).
- Viveros, A. (2016). *Análise das Actividades desenvolvidas no SMI em 2015*. s.l.: s.n.
- Vygon. (s.d.) *Procédure d'utilisation CPAP Boussignac Vygon Traitement de l'OAP cardiogénique*. França: Autor.
- Wetterneck, T. B., Pak, M. (2005). Using clinical practice guidelines to improve patient care. *Wisconsin Medical Journal*, 104(3), 30-33. Disponível em http://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/104/3/30.pdf.
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.